

INTER-MEMO ^{ECN}

Fiches de synthèse illustrées

THERAPEUTIQUE

- ZEROS + MOTS CLES
- GRILLES ECN «TYPES»



tome 2

Collectif

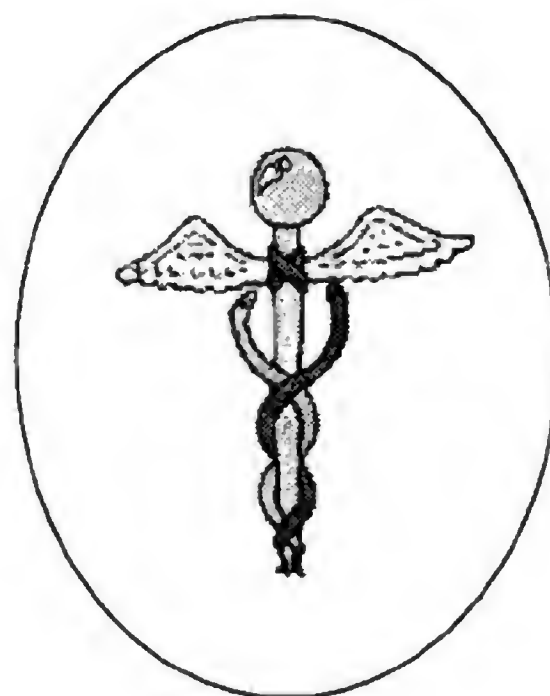


INTERNAT - MEMOIRE

Fiches de synthèse illustrées

Thérapeutique 2

COLLECTIF



Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues
par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Editions Vernazobres-Grego
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-687-1

Les auteurs se dégagent de toute responsabilité, le prescripteur est strictement responsable de ses actes.

MATIERES PAR VOLUME



VOLUME I

- MODULE IV - HANDICAP
- MODULE V - VIEILLISSEMENT
- MODULE VI – DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS
- CARDIOLOGIE
- DERMATOLOGIE
- ENDOCRINOLOGIE
- GYNECOLOGIE
- HEMATOLOGIE
- HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- MALADIES INFECTIEUSES

VOLUME II

- MEDECINE LEGALE
- NEPHROLOGIE
- NEUROLOGIE
- ORL
- ORTHOPEDIE
- PEDIATRIE
- PNEUMOLOGIE
- PSYCHIATRIE
- RHUMATOLOGIE
- SANTE PUBLIQUE
- STOMATOLOGIE
- TOXICOLOGIE
- UROLOGIE

TABLES DES MATIERES

MEDECINE LEGALE 11

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ABUS SEXUEL	13
CERTIFICAT DE DECES	13
ACCIDENT DE TRAVAIL	14
MALADIE PROFESSIONNELLE	14
HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE	15

NEPHROLOGIE 17

NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES	19
NEPHROPATHIES VASCULAIRES	21
NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES	22
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	23
INSUFFISANCE RENALE AIGUE	24
HTA RENO-VASCULAIRE	25
TROUBLES HYDRO-ELECTROLYTIQUES	26
TROUBLES HYDRO-SODES	27

NEUROLOGIE 29

SCLEROSE EN PLAQUES	31
SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE	32
MYASTHENIE	33
MALADIE DE PARKINSON	34
EPILEPSIE / CONVULSION	35
COMA NON-TRAUMATIQUE	37
HYPERTENSION INTRACRANIENNE	37
PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE	38
MIGRAINE / NEVRALGIE DU TRIJUMEAU	39
HEMORRAGIE MENINGEE	40

HEMATOME EXTRA-DURAL POST-TRAUMATIQUE	41
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	42

ORL 45

ANGINES	47
SINUSITES	48
OTITES	49
TUMEUR EN ORL	50
PRESBYACCOUSIE	51
EPISTAXIS	52
DYSPHONIE PAR NODULE DE CORDE VOCALE	53
VERTIGES	54

ORTHOPEDIE 55

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS	57
FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU FEMUR	58
LESIONS MENISCALES DU GENOU	59
LESIONS LIGAMENTAIRES DU GENOU	60
ENTORSE DE LA CHEVILLE	61
POLYTRAUMATISME	62
TRAUMATISME DE L'ÉPAULE	63
PANARIS	64
PHLEGMONS DES GAINES	64
PLAIES DE LA MAIN	65
BRULURES	66
FRACTURE OUVERTE	67
SURVEILLANCE D'UN MALADE SOUS PLATRE	67
COMPLICATIONS SOUS PLATRE	68

PEDIATRIE 69

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN	71
STENOSE DU PYLORE	71
INVAGINATION INTESTINALE AIGUE	72
BRONCHO-ALVEOLITE SEVERE DU NOURRISSON	73
DESHYDRATATION AIGUE DU NOURRISSON	74
DIARRHÉE AIGUE DU NOURRISSON	75
EPIGLOTTITE	76

LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE	77
PURPURA RHUMATOIDE COMPLIQUE	78
PREVENTION DES CRISES CONVULSIVES HYPERTHERMIQUES	79
CONVULSIONS DU NOURRISSON	80
MUCOVISCIDOSE	81
PNEUMOPATHIES DE L'ENFANT POUR L'ENC	82
ASTHME DE L'ENFANT	83
COQUELUCHE	84
BESOINS NUTRITIONNELS DU NOURRISSON	84
ORDONNANCE DE SORTIE DE MATERNITE	85
PURPURA FULMINANS	86
INFECTIONS URINAIRES / REFLUX VESICO-URETERAL (RVU)	87
CAT DEVANT UN ABUS SEXUEL	88
MALADIE DES MEMBRANES HYALINES	89
MALADIE CŒLIAQUE	90
HYPOTHYROIDIE CONGENITALE	90
OSTEOMYELITE	91
BOITERIE CHEZ L'ENFANT	92
RACHITISME	93
CONDUITE A TENIR EN SALLE DE NAISSANCE	94
ORDONNANCE A 6 MOIS	95

PNEUMOLOGIE..... 97

LES ZEROS DU TRAITEMENT DE PNEUMOLOGIE	99
CRISE D'ASTHME / ASTHME AIGU GRAVE	100
TRAITEMENT DE FOND DE L'ASTHME	101
ALLERGIE	102
BRONCHITE AIGUE / BRONCHITE CHRONIQUE	102
BPCO / DECOMPENSATION DE BPCO	103
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE	104
TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE (PERI-PERI)	105
HEPATITE MEDICAMENTEUSE AUX ANTITUBERCULEUX	106
AMIANTE ET POUMON	107
SARCOIDOSE	108
HEMOPTYSIE	109
PNEUMOTHORAX	110

PLEURESIE PURULENTE	111
TUMEURS BRONCHIQUES	112

PSYCHIATRIE 113

PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE	115
BOUFFEE DELIRANTE AIGUE	117
ANOREXIE MENTALE GRAVE	118
ETAT D'AGITATION AIGUE	119
CRISE D'ANGOISSE AIGUE	119
PSYCHOSE PUERPERALE	120
AUTISME DE L'ENFANT	120

RHUMATOLOGIE 121

GOUTTE	123
CHONDROCALCINOSE	124
ALGODYSTROPHIE	124
SPONDYLODISCITE	125
ARTHRITE	126
COXARTHROSE	127
OSTEONECROSE ASEPTIQUE	128
MALADIE DE PAGET	129
SYNDROME DU CANAL CARPIEN	130
POLYARTHRITE RHUMATOIDE	131
SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE	133
MALADIE DE HORTON	134
ANTI-INFLAMMATOIRES	135
NON-STEROIDIENS	135
CORTICOIDES	136
PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE	137
PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE	138
PRESCRIRE UNE BALNEOTHERAPIE	139
HYPERCALCEMIE	140
LOMBOSCIATIQUE COMMUNE	141

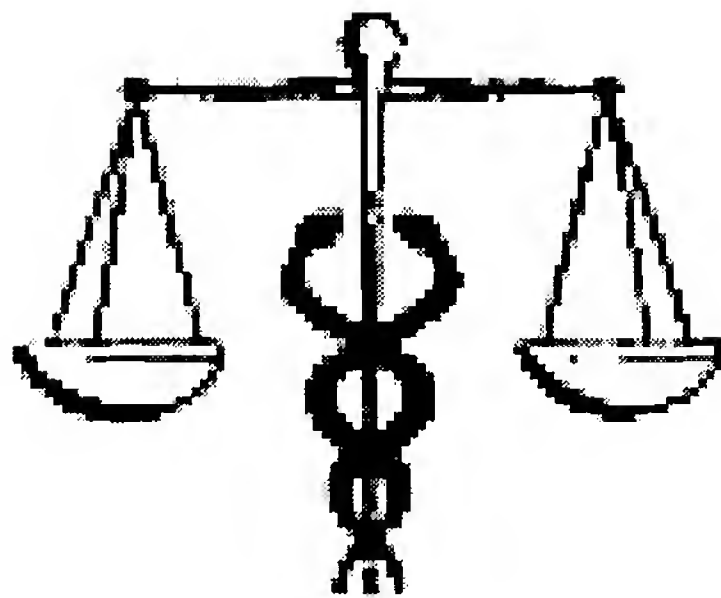
SANTE PUBLIQUE 143

BASE THEORIQUE MEDICAMENTEUSE	145
CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPIDEMIE	146

PREVENTION DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES	147
RISQUES ENVIRONNEMENTAUX : CAT EN CAS DE CANICULE	148
STOMATOLOGIE	149
FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES	151
LITHIASES SALIVAIRES	152
ADENOME PLEIOMORPHE DE LA PAROTIDE	153
TRAUMATISME FACIAL	154
TOXICOLOGIE.....	157
INTOXICATION AUX MEDICAMENTS NON-STUPEFIANTS	159
INTOXICATION AUX MEDICAMENTS STUPEFIANTS	160
INTOXICATION AU CO	161
UROLOGIE	163
LITHIASES URINAIRES	165
COLIQUE NEPHRETIQUE	166
HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE	167
INFECTIONS URINAIRES	168
TORSION DU TESTICULE	170
RETENTION AIGUE D'URINE	171
INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT	172
TROUBLES DE L'ERECTION	172
TUMEUR DE LA PROSTATE	173



MEDECINE LEGALE



CONDUITE A TENIR EN CAS D'ABUS SEXUEL

Certificat médical descriptif : valeur médico-légale déterminant l'ITT
 Traitement médical : contraception, antibiothérapie, bilan MST
 Déclaration au PR si mineur
 Soutien psychologique et prise en charge sociale

1-Certificat médical descriptif

Daté et signé

Examen clinique et examens complémentaires

Appréciation de l'état psychologique

Valeur médico-légale déterminant l'ITT

2-Traitement médical

Contraception

Antibiothérapie (cyclines) en fonction MST

Bilan MST et traitement (selon)

3-Déclaration au PR si mineur (obligatoire si < 15 a)

4-Soutien psychologique et prise en charge sociale

CERTIFICAT DE DECES

1^{ère} partie : administrative : règles de rédaction : 3 volets ; contenu : identité du défunt, date, heure et lieu du décès, caractère réel et constant de la mort, cause du décès, signature et cachet du médecin

2^{ème} partie : médicale : règles de rédaction : 1 volet

Certificat à adresser à l'officier d'état civil de la commune du domicile dans les 24 h

En cas de problème médico-légal (+++) : cocher la case obstacle médico-légal

	Règles de rédaction	Contenu
1 ^{ère} partie : administrative	1-En 3 volets 2-Destinataire : -Mairie du lieu de décès -Chambre funéraire -Mairie de la chambre funéraire	-Identité du défunt -Date, heure et lieu du décès -Caractère réel et constant de la mort -Cause du décès -Signature et cachet du médecin
2 ^{ème} partie : médicale	1-En 1 volet 2-Un seul destinataire (Médecin inspecteur de la DDASS) 3-Anonyme à but statistique	-Cause directe du décès -Etat pré-morbide associé -Lieu du décès -Facteur ayant favorisé le décès

Certificat à adresser à l'officier d'état civil de la commune du domicile dans les 24 h (pour que ce dernier délivre le permis d'inhumer à la famille)

En cas de problème médico-légal (+++) :

Cocher la case obstacle médico-légal

Ou ne pas signer

Si maladie transmissible :

Cocher la case obligation d'inhumation immédiate

ACCIDENT DE TRAVAIL

Victime : prévient l'employeur dans les 24 h

Employeur : déclaration à la CPAM dans les 48 h

Praticien : certificat médical initial avec la durée d'ITT, certificat médical final (guérison ou consolidation)

Médecin-conseil de la sécurité sociale : incapacité permanente partielle

Victime	<ul style="list-style-type: none"> -Prévient l'employeur dans les 24 h -Fait établir par un médecin un certificat médical initial descriptif
Employeur	<ul style="list-style-type: none"> -Déclaration à la CPAM dans les 48 h -Délivre à la victime le tritypique -Remet à la victime une attestation de salaire
Praticien	<ul style="list-style-type: none"> -Certificat médical initial avec la durée d'ITT -Volets 1 et 2 du tritypique (en conservant le 1^{er} pour règlement direct de ses honoraires par la CPAM) -Certificat de prolongation -Certificat médical final (guérison ou consolidation)
Médecin-conseil de la sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> -Seulement en cas de consolidation -Incapacité permanente partielle

MALADIE PROFESSIONNELLE

Praticien : certificat médical initial

Victime : déclaration à la CPAM

Médecin de la CPAM : confirme la maladie professionnelle, calcule le taux d'IPP

Praticien	Certificat médical initial mentionnant : <ul style="list-style-type: none"> -Maladie appartenant au tableau -Date de la 1^{ère} consultation -Exposition professionnelle en question
Victime	Déclaration à la CPAM comprenant : <ul style="list-style-type: none"> -Attestation de salaire -Certificat médical initial -Dans un délai de 15 j
Employeur	Délivre une attestation de salaire à la victime
Médecin de la CPAM	<ul style="list-style-type: none"> -Examine le dossier -Confirme la maladie professionnelle -Calcule le taux d'IPP -Propose une enquête à l'inspection du travail

HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

GENERALITES

HDT : indications : documents nécessaires : demande d'HDT signée par un tiers, carte d'identité du tiers et du patient, 1^{er} certificat médical 2^{ème} certificat médical

HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS

Ces troubles rendent impossible son consentement

HOSPITALISATION D'OFFICE

Ce comportement compromet l'ordre public et la sûreté des personnes

I-GENERALITES

	Indications	Documents nécessaires
HDT	Troubles rendant impossible le consentement de la personne	1-Demande d'HDT signée par un tiers 2-Carte d'identité du tiers et du patient 3-1 ^{er} certificat médical (médecin extérieur) 4-2 ^{ème} certificat médical
HO	Sujet compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes	1-Certificat médical (médecin extérieur) 2-Arrêté préfectoral motivé

II-HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS

-Date...

-Je soussigné Docteur...

-Certifie avoir examiné ce jour...

-Né le... à...

-Domicilié...

-Et avoir constaté les troubles suivants...

-Ces troubles rendent impossible son consentement

-Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier

-Son état justifie son HDT dans un établissement mentionné aux articles L3212-1 du code de la santé publique en vertu de la loi du 27 juin 1990

-Signature...

-Tampon...

III-HOSPITALISATION D'OFFICE

-Date...

-Je soussigné Docteur...

-Certifie avoir examiné ce jour...

-Né le... à...

-Domicilié...

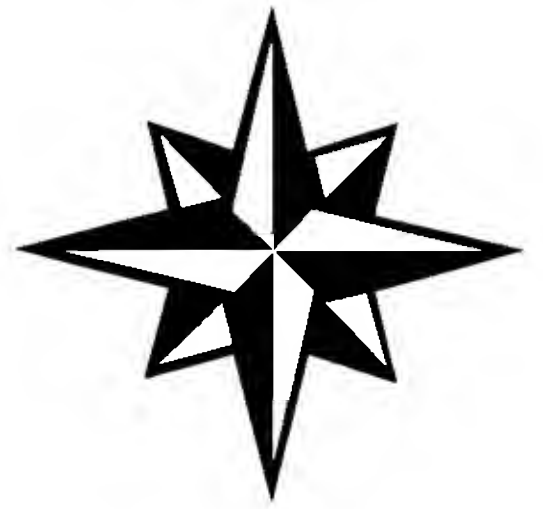
-Et avoir constaté les troubles suivants...

-Ce comportement compromet l'ordre public et la sûreté des personnes

-Son état justifie son HO dans un établissement spécialisé habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en application de l'article L3213-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 27 juin 1990

-Signature...

-Tampon...



NEPHROLOGIE



NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES

SYNDROME NEPHROTIQUE

Traitement du syndrome œdémateux : régime restreint en sel, diurétiques

Prévention des complications : IEC ; HBPM préventif; vaccins inactivés et atb pour infections récurrentes

Traitement étiologique

CAS PARTICULIER : GNMP SECONDAIRE A UNE CRYOGLOBULINEMIE ± VHC

Phase chronique avec VHC : traitement antiviral C

Phase chronique sans VHC : Immunosuppresseurs

SD NEPHRITIQUE PAR GLOMERULONEPHRITE POST-STREPTOCOCCIQUE

Traitement symptomatique : repos au lit (± hospitalisation), régime restreint en sel, diurétiques (Lasilix®)

Traitement spécifique : antibiothérapie en cas d'infection évolutive

IV-MALADIE DE BERGER

Eradication de tous les foyers infectieux

Traitement symptomatique néphro-protecteur et anti-HTA : IEC

Traitement spécifique : corticoïdes

I-SYNDROME NEPHROTIQUE

1-Traitement du syndrome œdémateux

Repos au lit (± hospitalisation)

Régime restreint en sel

Diurétiques (Lasilix®)

Albumine (selon) pour correction de l'hypoprotidémie

2-Prévention des complications

IEC même en l'absence d'HTA

Thromboses : HBPM préventif si Alb < 20 g/L (HNF si IR)

Infections : vaccins inactivés et atb pour infections récurrentes

HTA : IEC

Hyperlipidémie : régime ± statines

Trouble de la croissance : Vit D et calcium

Adapter posologie des médicaments liés à l'albumine

3-Traitement étiologique

SNi de l'enfant	1-Corticothérapie :	
	-Per os pour 4 mois 1/2 : 2 mg/kg/j pour 4 sem 2 mg/kg/2 j pour 8 sem Décroissance progressive sur 6 sem -Si échec à J28 : 3 bolus IV de Solumédrol® Associé à la corticothérapie per os	
GEM	2-Mesures associées :	
	-Vit D, Ca, K -Pansement gastrique -Régime normoprotidique, pauvre en sel, avec peu de glucides rapides	
	3-Discuter la Cyclospone® en cas d'échec	
	-Intolérance aux corticoïdes -Corticorésistance -Corticodépendance	
	Primitive	Traitement immunosuppresseur de « Ponticelli » associant : -Corticoïdes -Cyclophosphamide (Endoxan®)
	Secondaire	Traitement étiologique spécifique

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : rétention hydro-sodée, état nutritionnel, complications thrombo-emboliques ou infectieuses, tolérance

Paraclinique : iono sg, urée, créat, protéinurie, ECBU, NFS, VS, protides

II-CAS PARTICULIER : GNMP SECONDAIRE A UNE CRYOGLOBULINEMIE ± VHC

Phase aiguë	Plasmaphérèse
Phase chronique avec VHC	Traitement antiviral C : -Interféron α -Ribavirine®
Phase chronique sans VHC	Immunosuppresseurs dans les formes graves : -Corticoïdes -Cyclophosphamide (Endoxan®)

III-SD NEPHRITIQUE PAR GLOMERULONEPHRITE POST-STREPTOCOCCIQUE

1-Traitement symptomatique

Traitement du syndrome œdémateux :

Repos au lit (± hospitalisation)

Régime restreint en sel

Diurétiques (Lasilix®)

Traitement d'une HTA (Loxen®)

Traitement d'une IR aiguë : EER si oligo-anurie prolongée

2-Traitement spécifique

1- Antibiothérapie en cas d'infection évolutive

3-Surveillance prolongée

Clinique : poids, diurèse, TA, BU

Paraclinique : iono sg, créat, protéinurie des 24 h, complément

IV-MALADIE DE BERGER

1-éradication de tous les foyers infectieux

2-traitement symptomatique néphro-protecteur et anti-HTA

IEC

TA cible : 130/80 (ou 125/75 si protéinurie > 1 g/j)

3-Traitement spécifique

2- Corticoïdes

NEPHROPATHIES VASCULAIRES

SD HEMOLYTIQUE ET UREMIQUE :

Epuration extra-rénale en urgence ; antihypertenseur ; traitement étiologique

MALADIE DES EMBOLES DE CHOLESTEROL :

Arrêt des anticoagulants ; traitement symptomatique des complications ; correction des Fdr CV

Sd hémolytique et urémique	<p>1-Epuration extra-rénale en urgence (selon)</p> <p>2-Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alimentation parentérale -Antihypertenseur -Transfusion de CG <p>3-Traitement spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -PFC -Echanges plasmatiques <p>4-Traitement étiologique :</p> <p>5-Surveillance à long terme (TA, créat, microalbuminurie)</p>
Maladie des embolies de cholestérol	<p>1-Arrêt des anticoagulants</p> <p>2-Traitement symptomatique des complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> -HTA : antihypertenseurs -IDM -IR : dialyse + corticoïdes <p>3-Surveillance</p> <p>4-correction des Fdr CV</p>
PAN	<p><u>Sans HBV :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Corticoïdes IV -Immunosuppresseur <p><u>Avec HBV :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Lamivudine® -Corticoïdes per os -Echanges plasmatiques
Occlusion de l'artère rénale aiguë	<p><u>Dissection traumatique :</u></p> <p>Revascularisation chirurgicale</p> <p><u>OAR vue précocement < 3 h :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Artériographie rénale -Thrombolyse in situ -Thrombo-aspiration -Puis anticoagulation efficace <p><u>OAR vue tardivement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anticoagulation efficace -Antihypertenseur
Occlusion de la veine rénale	<p><u>Néoplasie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Chirurgie -Néphrectomie totale élargie -Cavotomie <p><u>Fibrinocruorique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anticoagulation efficace -± Fibrinolyse -± Thrombectomie <p><u>Enfant déshydraté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Réhydratation -Anticoagulation efficace

NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES

RAPPELS SUR LES NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES

Aiguës : immuno-allergie médicamenteuse+++ ; sarcoïdose+++

Chroniques : pyélonéphrite chronique

CAS DE LA NIA PAR IMMUNO-ALLERGIE MEDICAMENTEUSE

Arrêt du médicament et éviction à vie

Corticothérapie

I-RAPPELS SUR LES NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES

Types	Diagnostic	Etiologies
Aiguës	1-Lombalgie 2-Fièvre 3-IRA 4-Protéinurie : 1 g/L 5-Leucocyturie 6-Eosinophilie 7-Signes négatifs : Pas HTA Pas d'œdèmes Diurèse normale	-Immuno-allergie médicamenteuse +++ -Sarcoïdose +++ -(Infection à E Coli, hémopathies)
Chroniques	1-Protéinurie tubulaire : <1 g/L β2-microglobuline	<u>Rein dysmorphique :</u> -Néphropathie des analgésiques -Pyélonéphrite chronique (RVU ou lithiase)
	2-Anomalie fonctionnelle tubulaire : Polyurie/nycturie Perte de sel 3-Leucocyturie 4-Signes négatifs : Pas d'HTA Pas d'albuminurie	<u>Rein non dysmorphique :</u> -Métabolique -Héréditaire -Toxique (lithium, Pb) -Post-radique -Immuno-hémato (sarcoïdose, Sjörgren, hémopathies)

II-CAS DE LA NIA PAR IMMUNO-ALLERGIE MEDICAMENTEUSE

1-Arrêt du médicament et éviction à vie

2-Corticothérapie

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Ralentir progression IR

Médicaments : arrêt de tous les médicaments néphrotoxiques

Régime

Correction Fdr : dyslipidémie, tabac, HTA ; IEC

Ttt étiologique

Traitement des complications : acidose : Vichy®, Bicarbonate de sodium ; hyperkaliémique : Kayexalate® ; anémie : fer, folates ; goutte ; ostéodystrophie rénale ; hémorragie ; médicaments

Traitement de suppléance : hémodialyse ou transplantation rénale au stade terminal :

Modalités : épargne du capital veineux ; fistule artério-veineuse ; vaccination hépatite B et traitement des foyers infectieux

Indications : CI créat < 10 mL/min (< 15 mL/min si diabétique)

Bilan pré-dyalise

Prise en charge à 100%

1-Ralentir progression IR

Médicaments	-Arrêt de tous les médicaments néphrotoxiques
Régime	-Normo-calorique et hypo-protidique -Normo-hydrique (sauf IR terminale)
Correction Fdr	-Dyslipidémie, surcharge pondérale, tabac, diabète, HTA -IEC à but protecteur rénal (sauf CI)
Ttt étiologique	

2-Traitement des complications

Acidose	-Vichy® -Bicarbonate de sodium
Hyperkaliémique	-Pas d'aliments riches en potassium -Kayexalate®
Anémie	-Fer, folates -Erythropoïétine (si pas de correction par fer) -Transfusion de CG si angor, IC ou Hb < 6,5 g/L
Goutte	-Régime pauvre en purines -Vichy® -Allopurinol
Ostéodystrophie rénale	-Régime pauvre en phosphore et riche en calcium -Calcium et vit D -Chélateur du phosphore
Hémorragie	Desmopressine (Minirin®)
Médicaments	Adapter posologie si élimination rénale

3-Traitement de suppléance : hémodialyse ou transplantation rénale au stade terminal)

Modalités	-Epargne du capital veineux -Fistule artério-veineuse -Vaccination hépatite B et traitement des foyers infectieux -3 séances de 4 h par semaine
Indications	-CI créat < 10 mL/min (< 15 mL/min si diabétique) -Asthénie, dénutrition, vomissements -Surcharge hydro-sodée, HTA réfractaire -Acidose hyperkaliémique -Péricardite, saignement -Encéphalopathie, neuropathie
Bilan pré-dyalise	-Sérologie HBV, HCV, VIH -ETT -Recherche de foyers infectieux

4-Prise en charge à 100%

5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement

(Clinique, TA, NFS, P, Ca, urée-creat)

INSUFFISANCE RENALE AIGUE

Epuration extra-rénale si IRA sévère ou terminale

Traitement symptomatique : correction des facteurs aggravants ; nutritionnel ; hydro-électrolytiques ; traitement d'une hyperkaliémie, traitement d'une acidose ; prévention des complications : ulcère de stress, thrombo-embolique

Traitement étiologique : obstructive, fonctionnelle, nécrose tubulaire aiguë, GNA, NIA, vasculaire

1-Epuration extra-rénale si IRA sévère ou terminale

Indications	<ul style="list-style-type: none"> -K⁺ > 6,5 mmol/L -Acidose (bicar < 10 mmol/L) -Surcharge hydro-sodée mal tolérée -Signe urémique -Toxique dialysable -Anurie
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> -En urgence, en USI -Par hémodyalise

2-Traitement symptomatique

Correction des facteurs aggravants	<ul style="list-style-type: none"> -Arrêt des médicaments néphrotoxiques -Adaptation des posologies à la fonction rénale -Prévention de l'hypoperfusion rénale (DEC ou bas débit)
Nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> -Apport calorique (et protidique) adapté à l'hypercatabolisme -Vit B1 et B6
Hydro-électrolytiques	<p style="text-align: right;">-Eau et sodium :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apport adapté Lasilix® si besoin -Potassium : Apport de K⁺ limité Traitement d'une hyperkaliémie -Traitement d'une acidose
Prévention des complications	<ul style="list-style-type: none"> -Ulcère de stress -Décompensation de tares -Thrombo-embolique

3-Traitement étiologique

Obstructive	<ul style="list-style-type: none"> -Drainage urinaire -Prévention du sd de levée d'obstacle -Prévention de l'hémorragie a vacuo
Fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> -Expansion volémique (si hypovolémie) -Tonicardiaque (si défaillance cardiaque) -Arrêt des IEC, AINS, sartans
Nécrose tubulaire aiguë	<ul style="list-style-type: none"> -Traitement étiologique -Lasilix® pour hyperdiurèse
GNA	Cf.
NIA	Cf.
Vasculaire	Cf.

4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

HTA RENO-VASCULAIRE

Traitement antihypertenseur
Correction des Fdr CV
Revascularisation dans certains cas : indications, techniques
Précautions pour certains médicaments

1-Traitement antihypertenseur

2-Correction des Fdr CV

3-Revascularisation dans certains cas

Indications	-HTA sévère, compliquée et réfractaire
	-Sténose de l'AR > 75%
Techniques	-Sans IRC
	-Avec taille des reins > 8 cm
Techniques	Angioplastie endoluminale (dilatation et stent)
	Chirurgie vasculaire (pontage ou réimplantation des AR)

4-Précautions pour certains médicaments

β-bloquant CI si Raynaud

IEC CI si SAR bilatérale ou thrombose AR

OP CI car risque de thromboses

5-Surveillance

TROUBLES HYDRO-ELECTROLYTIQUES

HYPERKALIEMIE

Traitement étiologique

Traitement symptomatique :

Signes de gravité : $K^+ > 6,5$ mmol/L, ECG pathologique (TR ou TC) : gluconate de calcium ; alcalinisation par bicarbonates, G30 + insuline, $\beta 2$ -mimétiques ; EER dans certains cas

Absence de signes de gravité

HYPOKALIEMIE

Traitement étiologique

Traitement symptomatique : arrêt des digitaliques et des hypokaliémiants, apports potassiques

Surveillance (potassium et ECG)

I-HYPERKALIEMIE

1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

Signes de gravité : $K^+ > 6,5$ mmol/L ECG pathologique (TR ou TC)	1-Urgence + hospitalisation + scope + surveillance 2-Gluconate de calcium 1 amp : protecteur myocardique 3-Baisser la kaliémie (par transfert IC) : -Alcalinisation par bicarbonates -G30 + insuline - $\beta 2$ -mimétiques 4-Lasilix® (fct° contexte) 5-EER dans certains cas
Absence de signes de gravité	1-Arrêt des apports potassiques et des médicaments hyperkaliémiants 2-Kayexalate® (résine échangeuse d'ions) 3-Vichy® (correction de l'acidose)

II-HYPOKALIEMIE

1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

3- Arrêt des digitaliques et des hypokaliémiants

4- Apports potassiques :

Per os (alimentation + Diffu-K®)

IVL (si complications ou $< 2,5$ mmo/L) sous scope, max 4 g/L et débit max de 1.5 g/h

3-Surveillance (potassium et ECG)

TROUBLES HYDRO-SODES

HYPERHYDRATATION

HEC : restriction hydro-sodée, Lasilix®

HIC : corriger lentement 1 mmol/L/h (risque de la correction d'une HIC : myélinolyse centro-pontine)

DESHYDRATATION

DIC : glucosé à 5%, $60 \times P \times (Na-140)/140$

DEC : NaCl à 9 pour mille, $20 \times P \times (Ht-0,45)/0,45$

Déshydratation globale : NaCl à 9 pour mille

REGLES D'HYDRATATION D'UN PATIENT

Besoins : de base, selon fièvre, selon pertes, en fonction de l'état IC et EC

I-HYPERHYDRATATION

HEC	-Repos au lit -Restriction hydro-sodée -Lasilix® -Ponction de séreuse	
HIC : corriger lentement 1 mmol/L/h	HEC	-Restriction hydrique -Restriction sodée -Diurétique
	EC NaI	-Restriction hydrique
	DEC	-Apport hydrosodé isotonique -Apport sodé

(risque de la correction d'une HIC : myélinolyse centro-pontine)

II-DESHYDRATATION

DIC	-Glucosé à 5% -Volume à perfuser : $60 \times P \times (Na-140)/140$ -Rythme : Variation de 0,5 à 1 mmol/L/h Variation de 1 à 2 mmol/L/h
DEC	-NaCl à 9 pour mille -Volume à perfuser : $20 \times P \times (Ht-0,45)/0,45$ -Rythme : 50% du déficit en 4 h 50% restant sur 20 h
Déshydratation globale	-NaCl à 9 pour mille -Volume à perfuser : $60 \times P \times (Na-140)/140$

(risque de correction d'une DIC : œdème cérébral)

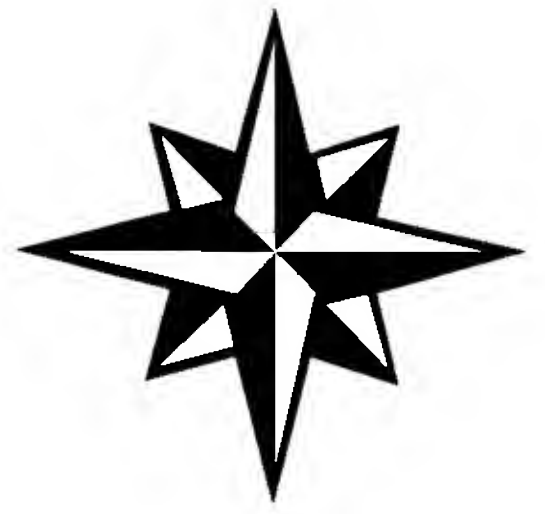
III-REGLES D'HYDRATATION D'UN PATIENT

1-Besoins de base : 1500mL/j (25 à 35 mL/kg/j)

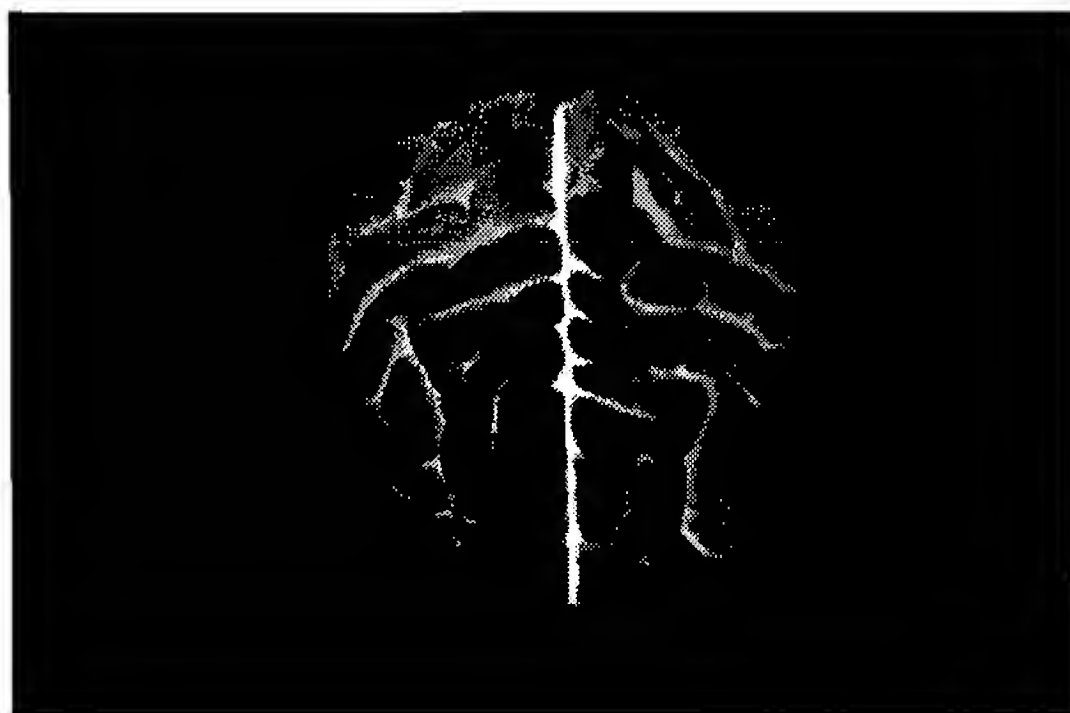
2-Besoins par rapport à la fièvre : 300 mL/1 degré de T

3-Besoins par rapport aux pertes : vomissements, diarrhées

4-Besoins en fonction de l'état IC et EC



NEUROLOGIE



SCLEROSE EN PLAQUES

TRAITEMENT DE LA POUSSEE / TRAITEMENT DE FOND

Traitement de la poussée : repos ; arrêt des facteurs favorisants (fièvre) ; corticothérapie IV

Traitement de fond : interféron β , si > 2 poussées en 2 ans/dès la 1^{ère} poussée ? ; éviter les facteurs favorisants : chaleur, stress, post-partum

INTERFERON- β

Indication : > 2 poussées en 2 ans/dès la 1^{ère} poussée ?

Effets secondaires : sd pseudo-grippal

Baisse le taux de poussées (-30%) ; baisse l'évolution vers la phase d'état ; ralentit l'évolution vers le handicap neurologique

I-TRAITEMENT DE LA POUSSEE / TRAITEMENT DE FOND

Traitement de la poussée	<ul style="list-style-type: none">1-Mise en condition :<ul style="list-style-type: none">-Hospitalisation (non systématique)-Repos-Arrêt des facteurs favorisants (stress, fièvre)2-ECBU en pré-thérapeutique (éliminer une IU)3-Corticothérapie IV<ul style="list-style-type: none">-3 Bolus de Solumédrol® de 1 g (J1, J3, J5)-Régime sans sel, K+, pansement gastrique-Réduit la durée de la poussée4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement5-Mise en place du traitement de fond
Traitement de fond	<ul style="list-style-type: none">1-Traitement spécifique :<ul style="list-style-type: none">-Interféron β (Avonex® SC)-Si > 2 poussées en 2 ans/dès la 1^{ère} poussée ?2-Traitement symptomatique :<ul style="list-style-type: none">-Antispastiques : dantrolène (Dantrium®)-Troubles sphinctériens : rééducation vésicale, BUD, anticholinergique si miction impérieuse, α-bloquant si rétention vésicale, auto-sondage-Prévention des infections urinaires : diurèse, acidification par vit C3-Education pour éviter les facteurs favorisants :<ul style="list-style-type: none">-Chaleur, stress, post-partum4-Prise en charge psycho-sociale :<ul style="list-style-type: none">-Soutien psychologique-Prise en charge à 100%5-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

II-INTERFERON- β

Indication	> 2 poussées en 2 ans/dès la 1 ^{ère} poussée ?
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none">1-Asthénie, sd pseudo-grippal2-Réaction locale3-Dépression4-Toxicité hépatique
Mode d'action	<ul style="list-style-type: none">1-Baisse la présentation des antigènes2-Baisse la prolifération des lymphocytes T3-Baisse la migration cellulaire à travers la BHE4-Baisse la sécrétion cytokines pro-inflammatoires5-Augmente la sécrétion cytokines anti-inflammatoires
Effets cliniques et radiologiques	<ul style="list-style-type: none">1-Baisse le taux de poussées (-30%)2-Baisse l'évolution vers la phase d'état3-Ralentit l'évolution vers le handicap neurologique4-Ralentit l'apparition de nouvelles lésions IRM

SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en réanimation (en fonction de la clinique)
Arrêt de l'alimentation orale, sonde naso-gastrique
Scope cardio-tensionnel (si sd dysautonomique)

2-Traitement spécifique (si formes graves)

Plasmaphérèse
Immunoglobulines polyvalentes IV

3-Traitement symptomatique

Soins oculaires si paralysie faciale
Anticoagulation préventive (curative si marche impossible)
Nursing
Prévention de l'ulcère de stress
Kinésithérapie
Intubation ventilation assistée si nécessaire
Atropine si bradycardie

4-Surveillance clinique pluriquotidienne de l'évolution

Pouls, TA, T°, scope, mollets
Fonction ventilatoire : peak flow, FR, ampliation, toux, apnée
Recherche trouble de la déglutition
Surveillance oculaire
Testing musculaire

5-Transfert en réa si :

Détresse respiratoire (EP ou paralysie muscles respiratoires)
Troubles de déglutition
Dysautonomie (hypoTA, bradycardie)
Extension rapide du déficit

MYASTHENIE

Anticholinestérasique

Education

Médicaments contre-indiqués : curare, BZD, myorelaxant, quinidinique, aminoside ; crise myasthénique

1-Traitement symptomatique

Anticholinestérasique d'action longue (Mestinon®)

Per os à jeun, augmentation progressive

Surveiller les effets nicotiniques et muscariniques

2-Traitement spécifique

Corticothérapie

Thymectomie (après traitement par anticholinestérasique)

Immunosuppresseurs

Plasmaphérèse

3-Education

Carte

Médicaments contre-indiqués : curare, BZD, myorelaxant, quinidinique, aminoside

Signes de crise myasthénique aiguë (phonation, déglutition, respiration) et conduite à tenir en urgence

Signes de surdosage anticholinestérasique : nicotinique et muscarinique

4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

NB : Mise au point sur les anticholinestérasiques :

Type	Vole	Indications
Mestinon®	PO	Myasthénie
Prostigmine®	IV	Crise myasthénique

MALADIE DE PARKINSON

TRAITEMENT DE FOND

L-Dopa + Inb périphérique Dopadécarboxylase= Modopar® LP (+ Motilium®)

Traitements associés : kiné

L-DOPA

Contre-indications : UGD ; cardiaque ; neuro ; mélanome malin ; GAF

Bilan pré-thérapeutique : ECG, Rx de thorax ; NFS, plaquettes

Effets secondaires : fluctuation d'activité ; nausée, hypotension orthostatique

I-TRAITEMENT DE FOND

1-Traitement symptomatique substitutif

Type de traitement	Règles d'administration	Indications
L-Dopa + Inb périphérique Dopadécarboxylase (+ Motilium®)	-Modopar® LP -Doses progressives -En l'absence de CI -Après bilan pré-thérapeutique	-Forme akinétique > 70 ans
Agoniste dopaminergique (+ Motilium®)	-Trivastal® -En l'absence de CI cardiovasculaire	-Forme akinétique < 70 ans -Forme tremblante
Anticholinergique	-Lepticur®	-Forme tremblante -CI personnes âgées
IMAO B	-Déprényl®	-Forme akinétique < 70 ans -Epargne de L-Dopa

2-Traitements associés

Kinésithérapie

Orthophonie

Antidépresseur si nécessaire

3-Prise en charge psycho-sociale

Education :

Ne pas arrêter brutalement le traitement

Prise à heures régulières (surtout au stade fluctuant)

Soutien psychologique

Prise en charge à 100%

4-Surveillance clinique du traitement

Tolérance : nausée, dyskinésie, hypotension orthostatique

Efficacité : akinésie, tremblement, hypertonie extra-pyramidale

Psychologique

II-L-DOPA

Contre-indications	1-Gastro : UGD en évolution 2-Cardiaque : insuffisance cardiaque, IDM, TDR 3-Neuro : confusion, démence 4-Cutané : mélanome malin 5-Ophtalmo : GAF
Bilan pré-thérapeutique	1-Clinique : -TA debout et couché, auscultation cardiaque -Examen cutané, ophtalmo 2-Paraclinique : -ECG, Rx de thorax -NFS, plaquettes -FOGD si UGD récent
Effets secondaires	1-Central : -Fluctuation d'activité (après plusieurs années) -Dyskinésie -Confusion 2-Périphérique : -Nausée -Hypotension orthostatique -TDR

EPILEPSIE / CONVULSION

TRAITEMENT DE FOND D'UNE EPILEPSIE GENERALISEE IDIOPATHIQUE

Traitement anti-épileptique : > 2 crises ; monothérapie ; dépakine chrono 500® ; contraception

Education : arrêt des facteurs favorisants ; ne jamais arrêter brutalement le traitement

Contre indications à certains sports ; professions

EPILEPSIE / ANTIEPILEPTIQUE ET GROSSESSE

Complications : augmentation des crises ; spina bifida ; cardiaque

Conduite à tenir : Informer, contraception ; programmer la grossesse à distance d'une poussée ; Dépakine® : monothérapie ; vit B9, vit K ; α -FP, cholinestérase, dépakinémie, échographie fœtale

DEPAKINE®

Ordonnance : Dépakine chrono 500®, contraception ; TP, fibrinogène, BHC, NFS, dépakinémie

Effet secondaire : hépatite cytolytique +++

TEGRETOL®

Ordonnance : Tégrétol LP® 200 mg, contraception ; TP, fibrinogène, BHC, NFS plq, lono, tégrétolémie

Effet secondaire : induction enzymatique

CRISE COMITALE

LVAS, canule de Guédel ; Rivotril® IVL ; appel du 15 ; traitement étiologique

ETAT DE MAL TONICOCLONIQUE

Urgence vitale, transfert médicalisé ; LVAS ; Diazépam, Phénytoïne ; si échec : 20 min : Phénobarbital ; 40 min : Thiopental

I-TRAITEMENT DE FOND D'UNE EPILEPSIE GENERALISEE IDIOPATHIQUE

1-Traitement anti-épileptique

Indications : > 2 crises

En monothérapie (bithérapie si échec)

Dépakine chrono 500® (valproate de sodium)

En l'absence de CI (hépatopathies)

A doses progressives jusqu'à une dose minimale efficace

Sous contraception

2-Education du patient

Limiter les facteurs favorisants : sommeil, alcool, stress...

Ne jamais arrêter brutalement le traitement

Prévoir une grossesse

Eviter certains sports : plongeur, alpinisme...

Professions à risque : pilote, chauffeur poids lourds, échafaudage

Pas de conduite avant 6 mois sans crise

Carte

3-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

Tolérance : clinique, dépakinémie (initiale), TP, fibrinogène, BHC, NFS

Efficacité : clinique, EEG

II-EPILEPSIE / ANTIEPILEPTIQUE ET GROSSESSE

Complications	1-Mère : augmentation du nombre de crises 2-Fœtus : spina bifida, fente labio-palatine, dysmorphie, malformation cardiaque
Conduite à tenir	1-Informer la patiente, contraception sous antiépileptique 2-Programmer la grossesse à distance d'une poussée 3-Choisir Dépakine® : monothérapie, dose minimale efficace 4-Supplémentation vitaminique : -Vit B9 -Vit K -Vit D 5-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique -Biologique : α -FP, cholinestérase, dépakinémie -Morphologique : échographie fœtale régulière

III-DEPAKINE® / TEGRETOL®

	Dépakine® (valproate de sodium)	Tégrétol® (carbamazépine)
Ordonnances	-Dépakine chrono 500® -2 prises avant repas -Posologie : 1 cp, 1 s 2 cp, 1 s 3 cp, 2 s -Consultation à 1 mois -Contraception (selon)	-Tégrétol LP® 200 mg -2 prises matin et soir -Posologie : 1/2 cp mat/soir, 1 s 1 cp mat/soir, 1 s 2 cp mat/soir, 2 s -Consultation à 1 mois -Contraception
	Faire pratiquer : -A 15 j : TP, fibrinogène, BHC, NFS -A 1 mois : TP, fibrinogène, BHC, NFS, dépakinémie	Faire pratiquer : -A 15 j : TP, fibrinogène, BHC, NFS plq, iono -A 1 mois : TP, fibrinogène, BHC, NFS plq, iono, tégrétolémie
Effets secondaires	1-Hépatite cytolytique +++ 2-Confusion 3-Digestif 4-Poids 5-Tremblements 6-Thrombopénie	1-Induction enzymatique 2-Toxidermie 3-Hépatite cholestatique 4-Digestif 5-Cardiaque

IV-CRISE COMITIALE / ETAT DE MAL TONICOCLONIQUE

Crise comitiale	1-Mise en condition : -Urgence -Extraire d'un contexte à risque -PLS, LVAS, canule de Guédel 2-Traitement anti-convulsivant (à 0 min, à 15 min, si échec) : -Rivotril® IVL (1 amp de 1 mg en 2 min) 3-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement 4-Appel du 15 selon la durée de la crise pour transport médicalisé en urgence 5-Traitement étiologique
Etat de mal	1-Mise en condition : -Urgence vitale, transfert médicalisé -Hospitalisation en réanimation -LVAS, oxygénothérapie, ± intubation ventilation -2 VVP -Monitorage cardio-respiratoire -Rééquilibration hydro-électrolytique (sérum phy + glucosé) 2-Traitement anti-convulsivant initial : -Diazepam 10 mg en 3 min -Phénytoïne 20 mg/kg sans dépasser 50 mg/min 3-si échec : -20 min : phénobarbital 20 mg/kg sans dépasser 100 mg/min -40 min : thiopental 5 mg/kg en bolus, puis 5 mg/kg/h (intubation + scope) 4-Traitement étiologique 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

COMA NON-TRAUMATIQUE

SAMU
Pré-hospitalier : LVAS ; IV : G30, Narcan®, Anexate®
Hospitalier : traitement étiologique

Pré-hospitalier	1-Urgence vitale 2-LVAS 3-Antidotes IV : G30, Narcan®, Anexate® (selon la situation clinique) 4-Appel du SAMU 5-Surveillance clinique
Hospitalier	1-Mise en condition : -Urgence vitale -± Hospitalisation en réanimation -LVAS, voire intubation ventilation -1 vvp, correction d'un éventuel choc -Sonde gastrique, sonde vésicale 2-Antidotes IV : G30, Narcan®, Anexate® (sinon réalisés selon la situation clinique) 3-Traitement étiologique fonction du bilan 4-Traitement préventif associé : -HBPM, nursing -Kinésithérapie -Prévention de l'ulcère de stress -Prévention des complications oculaires 5-Surveillance

HYPERTENSION INTRACRANIENNE

Mise en condition : LVAS, position 1/2 assise, restriction hydrique
Traitement anti-œdémateux symptomatique
Traitement étiologique

- 1-Mise en condition
 - Urgence vitale
 - LVAS
 - Position 1/2 assise
 - Restriction hydrique
- 2-Traitement anti-œdémateux symptomatique (en fonction de l'étiologie)
 - Mannitol 20% IV
 - Corticothérapie IV (+ mesures associées)
- 3-Traitement étiologique
- 4-Surveillance des complications
 - A court terme : engagement amygdalien cérébelleux et engagement temporal
 - A long terme : cécité par atrophie optique

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

Protection oculaire +++

Traitement étiologique

Corticothérapie per os (+ mesures associées) si PF a frigore

Aciclovir systématique pour certains

Kinésithérapie

1-Protection oculaire +++

Cache oculaire

Lunettes sombres

Occlusion palpébrale nocturne

Gouttes

2-Traitement étiologique

3-Corticothérapie per os (+ mesures associées) si PF a frigore

4-Aciclovir systématique pour certains

5-Kinésithérapie

6-Surveillance des complications (oculaire, syncinésie faciale, hémispasme facial, parésie faciale, sd. des larmes de crocodile)

MIGRAINE / NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

MIGRAINE :

Antalgiques dès la fin de l'aura

Algue : sumatriptan (Imigrane®)

Chronique : - β -bloquants : Avlocardyl® (+++), amitryptilline : Laroxyl® (+++)

NEVRALGIE DU TRIJUMEAU :

Tégrétol® (carbamazépine)

Migraine	<p><u>Crises :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Motilium® en cas de vomissements 2-Antalgiques dès la fin de l'aura (pour triptans), hors CI, avec précautions d'emploi, répété si besoin à 20 min, par ordre croissant : <ul style="list-style-type: none"> -Doliprane® (paracétamol) -AINS -Sumatriptan (Imigrane®) (2^{ème} intention) -Gynergène caféiné® (tartrate d'ergotamine) <p><u>Traitement de fond :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Traitement spécifique à la demande du patient (si > 4 crises/mois, échec du traitement, retentissement socioprofessionnel) <ul style="list-style-type: none"> -β-bloquants : Avlocardyl® (+++) -Amitryptilline : Laroxyl® (+++) -Dihydroergotamine : Séglor® -Anti-sérotoninergique : Sanmigran® -Anti-sérotoninergique plus puissant : <ul style="list-style-type: none"> . Méthysergide® (fibrose rétro-péritonéale) 2-Eviction des facteurs favorisants (stress, aliments, règles...) 3-Prise en charge psychologique : <ul style="list-style-type: none"> -Soutien psychologique -Relaxation 4-Surveillance
Névralgie du trijumeau	<ol style="list-style-type: none"> 1-Traitement antalgique symptomatique 2-Traitement étiologique : <ul style="list-style-type: none"> -Tégrétol® (carbamazépine) -Per os 3-Si NT essentielle : <ul style="list-style-type: none"> -Thermocoagulation percutané du ganglion de Gasser -Décompression vasculaire si affirmée par l'angio-IRM 4-Surveillance

HEMORRAGIE MENINGEE

Urgence

Nimotop® (inb calcique) IV

Radiologie Interventionnelle : pose d'un coil par voie endo-vasculaire

Neurochirurgical : exclusion de l'anévrysme par pose d'un clip au collet

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation en neurochirurgie

1vp

Repos à jeun

2-Traitement médical

Nimotop® (inb calcique) IV

Loxen® (antihypertenseur) IV si Tas > 150 mmHg

Doliprane® (antalgique)

Ranitidine® (prévention de l'ulcère de stress)

Dépakine® (anticonvulsivant si convulsions)

Antémétiques

3-Mesures associées

Lutte contre HTIC

Kiné, nursing

Bas de contention

4-Traitement spécifique

Radiologie interventionnelle : pose d'un coil par voie endo-vasculaire

Neurochirurgical : exclusion de l'anévrysme par pose d'un clip au collet, évacuation d'un hématome, dérivation d'une hydrocéphalie obstructive

5-Surveillance

HEMATOME EXTRA-DURAL POST-TRAUMATIQUE

Arrêt d'un anticoagulant

Traitement neurochirurgical : décompression par évacuation de l'hématome

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation en neurochirurgie

Arrêt d'un anticoagulant

A jeun

Repos 1/2 assis, oxygène

2-Traitement neurochirurgical

Parage d'une plaie éventuelle

Volet osseux

Décompression par évacuation de l'hématome

Hémostase locale

Drainage

Mise en suspension de la dure-mère pour éviter les récives

3-Traitement médical

Antihypertenseur en fonction de la TA

Anti-œdémateux

Antiépileptique

Antalgique

Antibioprophylaxie et SAT-VAT en fonction de la plaie

4-Surveillance

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

AVC ISCHEMIQUE

Repos 1/2 assis

Traitement symptomatique immédiat : antiagrégants plaquettaires ; héparine non fractionnée ; thrombolyse

Traitement étiologique éventuel au décours : cardiopathie emboligène ; sténose carotidienne

AVC HEMORRAGIQUE

Arrêt d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant

Traitement étiologique à distance

Traitement préventif : TA +++

LACUNES ET THROMBOPHLEBITE, QUELQUES PRECISIONS

Lacunes cérébrales : antiagrégant plaquettaire ; PAS héparine ; TA +++

Thrombophlébite : héparine NF ; lutte contre l'HTIC ; anticonvulsivant

I-AVC ISCHEMIQUE

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation en neurologie

Repos 1/2 assis, arrêt de l'alimentation orale (si trouble de la déglutition)

1 vvp, sérum phy

LVAS

2-Traitement symptomatique immédiat

Traitement anti-thrombotique en aigu (après scanner !!!)

Choix parmi	Indications	Contre-Indications
Antiagrégants plaquettaires	-Systématiques sauf si HNF ou thrombolyse	-HNF -Thrombolyse
Héparine non fractionnée	-AIT répétitifs -Cardiopathies emboligènes -Dissection des vx extra-crâniens -Thrombophlébite cérébrale	-Infarctus massif (> 1/3) -HTA non contrôlée -Conscience altérée -TPAI à l'héparine -Lacunes
Thrombolyse	-Avant la 3 ^{ème} heure, chez un sujet entre 18 et 85 ans	-Cf.

Antihypertenseur si TAs > 220 mmHg (progressif !!!)

Antipyrétiques si fièvre

Oxygénothérapie

Ttt hyperglycémie

Prévention ulcère de stress

3-Traitement étiologique éventuel au décours

Etiologie	Indications	Traitement
Cardiopathie emboligène	cf.	cf.
Sténose carotidienne	> 70% + Symptomatique	-Après coronarographie -Après artériographie des TSA -Endartériectomie de la carotide interne -Antiagrégants plaquettaires -Facteurs de risque cardiovasculaires

4-Traitement préventif de la récurrence d'AVC

Facteurs de risque cardiovasculaires
Antiagrégants au long cours
Prévention des complications de décubitus, nursing
Kinésithérapie

5-Surveillance

II-AVC HEMORRAGIQUE

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en neurologie
Arrêt d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant
Repos 1/2 assis, arrêt de l'alimentation orale
1 vvp, restriction hydrique
LVS

2-Traitement symptomatique immédiat

Loxen® en fonction de la TA (progressif !!!)
Mannitol à visée anti-œdémateuse si HTIC
Dépakine® si convulsion

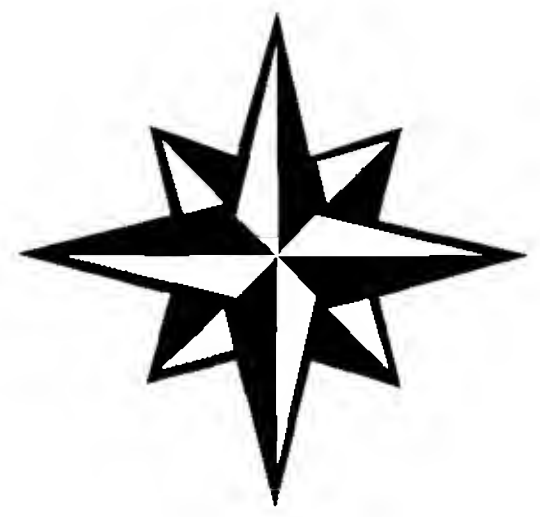
3-Traitement étiologique à distance

4-Traitement préventif

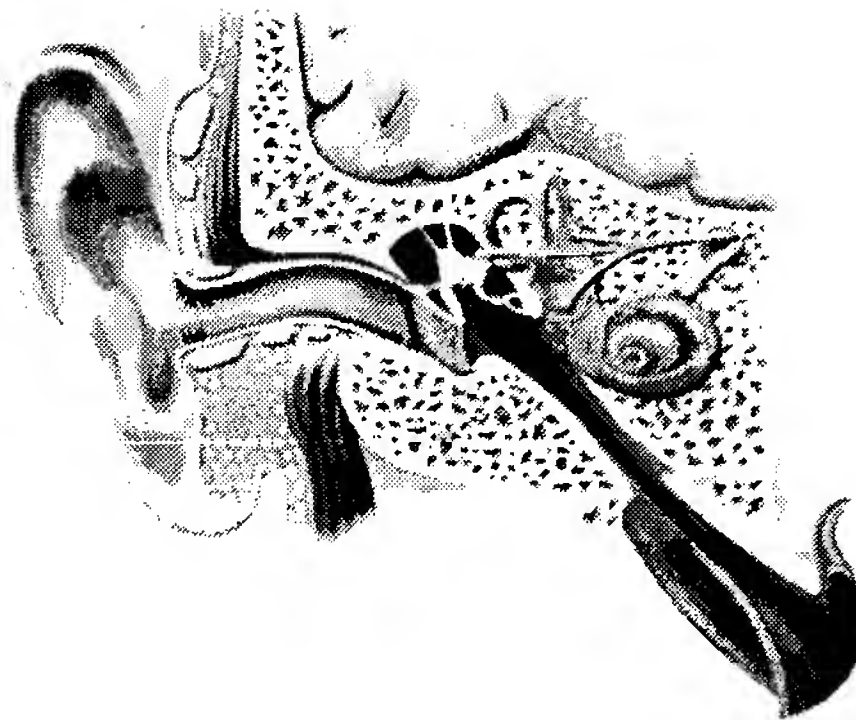
Facteurs de risque cardiovasculaires (TA +++)
Antiagrégants au long-cours
Prévention des complications de décubitus, nursing
Kinésithérapie

III-LACUNES ET THROMBOPHLEBITE, QUELQUES PRECISIONS

Lacunes cérébrales	<u>Phase aiguë :</u> -Idem AVC ischémique - Antiagrégant plaquettaire - PAS héparine -Contrôle de la TA (+++)
	<u>Préventif :</u> -Contrôle de l'HTA -Antiagrégant plaquettaire
Thrombophlébite	1- Héparine NF/relais AVK 2- Lutte contre l'HTIC 3- Anticonvulsivant 4-Traitement étiologique : -Arrêt contraception OP -Traiter un lupus 5-Arrêt de l'allaitement si post-partum (AVK)



ORL



ANGINES

ANGINE ERYTHEMATO-PULTACEE

Streptotest

Phlegmon amygdalien : incision-drainage

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Autorisation parentale

Indiquée si : angine répétée(>3/an) , obstruction des VAS, syndrome post-streptococcique

I-ANGINE ERYTHEMATO-PULTACEE

Streptotest négatif	1-Traitement symptomatique : -Antipyrétiques, antalgiques -Soins locaux pharyngés par désinfectant (Locabiotol®) 2-Surveillance clinique
Streptotest positif	1-Traitement symptomatique : -Antipyrétiques, antalgiques -Soins locaux pharyngés par désinfectant (Locabiotol®) 2-Traitement curatif : antibiothérapie : -Péni V : amoxicilline 1 g x 2/j 6 jours -Si CI : macrolides 3-Surveillance clinique
Phlegmon amygdalien	1-Hospitalisation 2-Antibiothérapie (Augmentin®) 3-Incision-drainage 4-Amygdalectomie à distance (après 2 phlegmons)

II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications	-Angines à répétition (> 3/an) -Amygdalite chronique -Syndrome post-streptococcique -Obstruction des VAS (enfant)
Traitement	-Après bilan pré-opératoire, sous AG - Autorisation parentale d'opérer (signée et datée) -Amygdalectomie bilatérale en dissection -Antalgiques -Régime post-opératoire 10 j

SINUSITES

SINUSITE MAXILLAIRE

Antibiothérapie : Augmentin®

Anti-inflammatoires : corticoïdes 5 j si sinusite bloquée

SINUSITE MAXILLAIRE DENTAIRE

1^{er} épisode : traitement étiologique ; soins conservateurs ; avulsion

Récidives : méatotomie moyenne

ETHMOÏDITE

urgence, hospitalisation, accord parental

C3G + fosfomycine + aminosides

Drainage chirurgical si collection suppurée intra-orbitaire

I-SINUSITE MAXILLAIRE

1-Antibiothérapie : Augmentin® 10 j (Pyostacine® si allergie)

2-Anti-inflammatoires : corticoïdes 5 j si sinusite bloquée

3-Antalgiques et antipyrétiques

4-Soins locaux

Désinfection rhinopharyngée

Vasoconstricteurs nasaux + corticoïdes locaux (Déturgylone®)

5-Si blocage sinusien

Ponction du sinus maxillaire (+ bactério)

Corticoïdes

6-Surveillance clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

II-SINUSITE MAXILLAIRE DENTAIRE

1 ^{er} épisode	1-Traitement étiologique : -Soins conservateurs (pulpectomie/soins canaux) -Avulsion 2-Traitement classique de la sinusite maxillaire
Récidives	-Méatotomie moyenne (endo-nasale) -Drainage du sinus sur drains d'Albertini (rare, en réanimation) -Lavage des fosses nasales au sérum physiologique -Antibiothérapie adaptée au germe

III-ETHMOÏDITE

1-Mise en condition

Urgence médicale

Hospitalisation

Accord parental

2-Traitement médical

Antibiothérapie :

Après prélèvement endo-nasal ± hémocultures

Triple : **C3G + fosfomycine + aminosides**

IVSE puis relais

Durée de 15 j

Antalgique/antipyrétique

3-Drainage chirurgical si collection suppurée intra-orbitaire

4-Traitement local

Nasal : désinfection rhinopharyngée

Oculaire : gouttes antibiotiques

5-Surveillance : ophtalmo et neuro +++


OTITES

OTITE MOYENNE AIGUE

Traitement général : Augmentin® 10 j ; antalgiques, antipyrétiques

Paracentèse selon indications

OTITE CHOLESTEATOMATEUSE

Traitement chirurgical : mastoïdectomie, tympanoplastie, examen histologique et bactériologique

I-OTITE MOYENNE AIGUE

1-Traitement général

Augmentin® 10 j (Pédiazole® si allergie)

Antalgiques, antipyrétiques

2-Traitement local

Désinfection rhinopharyngée

3-Paracentèse selon indications : (étude bactério)

Indications	-Otite hyperalgique ou hyperthermique -Age < 3 m -Complications : mastoïdite, labyrinthite, paralysie faciale -Echec du traitement antibiotique -Immunodéprimé
Méthodes	-Stérilement -Dans le cadran ant-inférieur de la pars tensa

4-Traitement des complications

5-Surveillance clinique

II-OTITE CHOLESTEATOMATEUSE

1-Traitement chirurgical

Tympanoplastie ouverte ou fermée

Exploration de la caisse du tympan

Mastoïdectomie

Cure d'une fistule labyrinthique

Examen histologique(+/- bactériologique)

2-Soins oculaires en cas de paralysie faciale

3-Traitement de l'infection (si surinfection)

Antibiotiques IV (surinfection)

Antibiotiques locaux

± Corticoïdes IV

4-Surveillance clinique et paraclinique (otoscopie + TDM)

TUMEUR EN ORL

TUMEURS DE L'OROPHARYNX ET DU LARYNX

Mesures préalables : traitement des foyers infectieux dentaires, gouttière fluorée, arrêt du tabac, hygiène, renutrition

Traitement curatif : chirurgie + anapath ; radiothérapie externe

TUMEUR DU RHINOPHARYNX

Radiothérapie externe

Chirurgie des reliquats ganglionnaires

Sérologie EBV +++ (au départ)

I-TUMEURS DE L'OROPHARYNX ET DU LARYNX

Mesures préalables	1-Traitement des foyers infectieux dentaires : -Détartrage -Extraction dentaire -Gouttière fluorée 2-Arrêt du tabac et de l'alcool 3-Hygiène bucco-dentaire 4-Renutrition
Traitement curatif ; Chirurgie + radiothérapie	1-Traitement chirurgical curatif : -Laryngectomie (larynx) ou pharyngo-laryngectomie (pharynx) : . Partielle si T1 ou T2 . Totale si T3 ou T4 -Evidemment ganglionnaire : . Fonctionnel si N0 ou N1 . Radical si N2 ou N3 -Extemporane et anapath définitive -Trachéostomie définitive (si totale) -Reconstruction secondaire 2-Radiothérapie externe : -Sur zone tumorale -Sur ganglions
Mesures post-opératoires	1-Surveillance à vie 2-Rééducation spécifique : -Phonation et déglutition -Par kiné et orthophoniste 3-Soutien psychologique

II-EFFETS SECONDAIRES DE LA RADIOTHERAPIE

Radiodermite
 Radiomucite
 Xérostomie
 Ostéo-radionécrose
 Candidose buccale
 Œdème laryngé ou cervical
 Sclérose cutanée et sous-cutanée
 Hypothyroïdie

III-TUMEUR DU RHINOPHARYNX

1-Radiothérapie externe

Champs tumoral
 Aires ganglionnaires

2-Chirurgie des reliquats ganglionnaires

3-Surveillance à vie

Clinique
 TDM
 Sérologie EBV +++ (au départ)

PRESBYACCOUSIE

Médical : arrêt de facteurs aggravants

Prothétique : ORL ; si perte moyenne > 30 dB ; à la demande ; contour d'oreille ou dispositif intra-auriculaire

Médical	<ul style="list-style-type: none">-Arrêt de facteurs aggravants-Médicaments pouvant être utilisés :<ul style="list-style-type: none">.Trivastal® (agoniste dopaminergique).Vastarel® (anti-ischémique tissulaire).Tanakan®
Orthophonique	<ul style="list-style-type: none">-Essentiel-Rééducation auditive avec prothèse :<ul style="list-style-type: none">.Apprentissage.Lecture labiale
Prothétique	<ul style="list-style-type: none">-Prescrit par un spécialiste ORL-Après bilan :<ul style="list-style-type: none">.Clinique (examen otologique, otoscopie, acoumétrie).Paraclinique (audiométrie tonale et vocale).Si perte moyenne > 30 dB sur 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz.Selon la gêne et la demande.Avec un bon environnement social et familial-Choix du type d'appareillage :<ul style="list-style-type: none">.Age.Importance de la surdité.Capacité cognitive-Type d'appareillage :<ul style="list-style-type: none">.Contour d'oreille.Dispositif intra-auriculaire

EPISTAXIS

Traitement d'un éventuel choc hypovolémique

Faire cesser l'épistaxis : moucher, compression bidigitale ; méchage antérieur ; pose d'une sonde à double ballonnet ; embolisation sélective ; traitement chirurgical

Traitement étiologique au décours

1-Mise en condition

Repos, 1/2 assis, tête en avant

Discuter l'arrêt d'un traitement anticoagulant

Anxiolytiques si besoin

2-Traitement d'un éventuel choc hypovolémique

3-Faire cesser l'épistaxis

A-Faire moucher, compression bidigitale

B-Méchage antérieur :

-Par mèches auto-résorbables (Surgicel®) si trouble de la coagulation

-Antibiothérapie et antalgiques

C-Pose d'une sonde à double ballonnet

D-Embolisation sélective :

-En radiologie interventionnelle

-Art sphénoïdale et faciale

E-Traitement chirurgical :

-Coagulation artérielle spécifique par voie endonasale

-Ligature artérielle des artères sphéno palatines

-Si échec, ligature des artères ethmoïdales

4-Traitement étiologique au décours

DYSPHONIE PAR NODULE DE CORDE VOCALE

Orthophonie, repos vocal

Traitement chirurgical si échec orthophonie : laryngoscopie directe en suspension ; exérèse complète ; examen histologique

Mesures post-opératoires : repos vocal ; aérosol antalgique, rééducation orthophonique

1-Traitement chirurgical si échec orthophonie

Sous AG, après bilan pré-opératoire

Laryngoscopie directe en suspension

Microchirurgie laryngée

Exérèse complète

Examen histologique extemporané

2-Mesures post-opératoires

Repos vocal post-opératoire

Arrêt de travail si professionnel de la voix

Aérosol antalgique

3-Rééducation orthophonique

4-Surveillance

Clinique

Endoscopique

VERTIGES

TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE

Tanganyl® + Valium® + Pimpéran®

Rééducation vestibulaire précoce si névrite

MALADIE DE MENIERE

Prise en charge psychologique, Serc®

I-TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE

1-Mise en condition

Repos au lit

Au calme

Dans l'obscurité

Hospitalisation si vomissements +++, station debout impossible ou isolement social

2-Traitement médical : (IV si vomissements)

Anxiolytique : diazépam (Valium®)

Anti-vertigineux : acétyl-D-leucine (Tanganyl®)

Anti-émétique : métoclopramide (Pimpéran®)

3-Traitement étiologique

4-Rééducation vestibulaire précoce (si névrite vestibulaire)

II-MALADIE DE MENIERE

1-Prise en charge du terrain

Soutien psychologique

Règles hygiéno-diététiques (régime équilibré et peu salé)

Sédatif si anxiété majeure

2-Traitement médical spécifique

Serc® (bétahistine)

Esidrex® (diurétique)

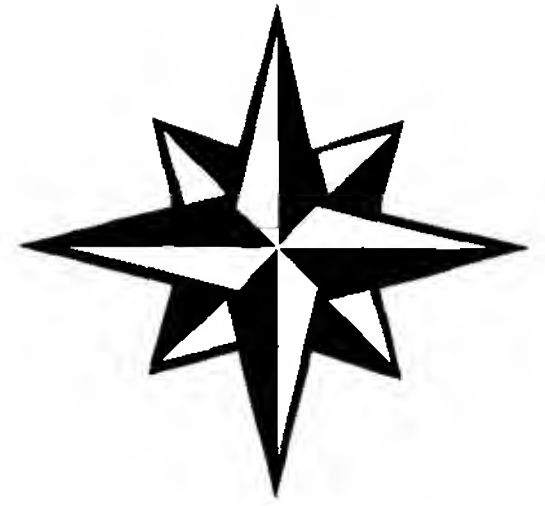
3-Dans les cas invalidants

Neurectomie vestibulaire

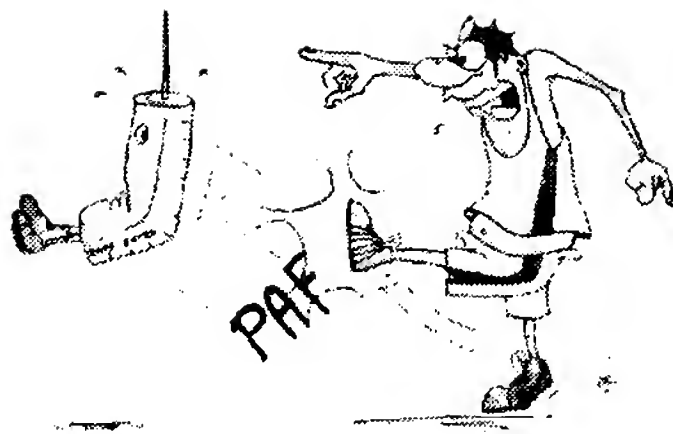
Labyrinthectomie chimique (aminoside)

Décompression chirurgicale du sac endolymphatique

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement



ORTHOPEDIE



FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

Réduction

Contention :

Réduction stable = orthopédique : plâtre brachio-antébrachio-palmaire ; 45 j

Réduction instable = chirurgicale : ostéosynthèse ; brochage percutané ; 6 sem

Kinésithérapie :

1-Mise en condition

2-Réduction

Sous AG, au bloc opératoire, sous amplificateur de brillance

Réduction par manœuvres externes

Contrôle radiographique

3-Contention

Réduction stable = Orthopédique	Réduction instable = Chirurgicale
1-Contention orthopédique 2-Plâtre brachio-antébrachio-palmaire 3-Durée : 45 j 4-Surveillance radio : -A J0, J2, J8, J15, J21 -A l'ablation du plâtre	1-Contention chirurgicale 2-Ostéosynthèse par : -Brochage percutané si déplacement post -Plaque console ant si déplacement ant -Fixateur externe si fracture comminutive ou lésions cutanés 3-Plâtre brachio-antébrachio-palmaire 4-Durée : 6 sem (ablation plâtre + broches)

4-Mesures associées

Antalgiques-AINS

Surélévation du membre supérieur

Education sur plâtre (cf.)

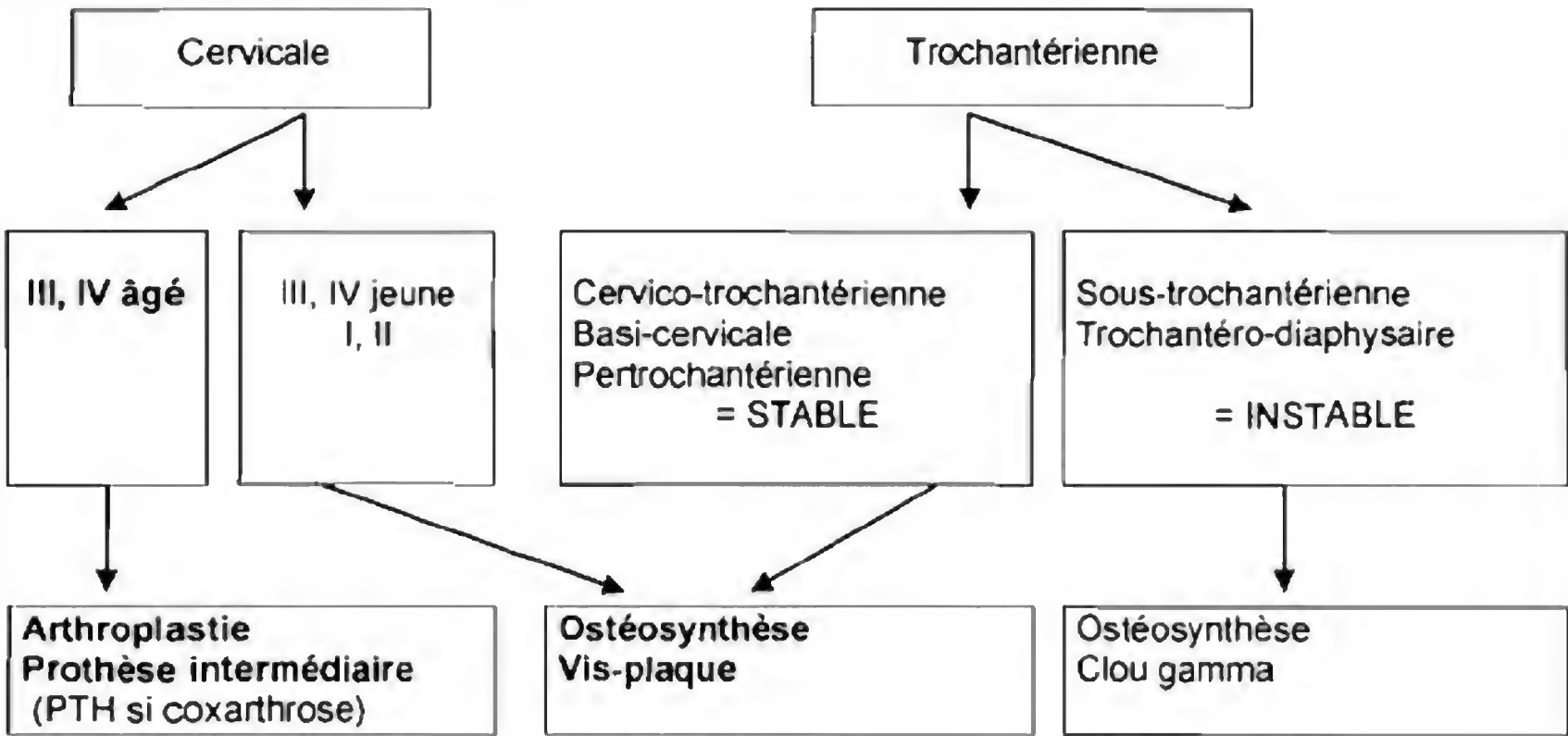
5-Kinésithérapie à l'ablation (douce + indolore + prolongée)

6-Surveillance clinique et radiologique

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU FEMUR

Arthroplastie :., prothèse intermédiaire, appui précoce ; HBPM
 Ostéosynthèse par vis-plaque : ostéosynthèse à foyer ouvert, vis-plaque compression ; HBPM

I-INDICATIONS DE TRAITEMENT



II-TYPES DE TRAITEMENT

Arthroplastie	Ostéosynthèse par vis-plaque
1-Mise en condition : <ul style="list-style-type: none"> -Urgence (< 6 h), hospitalisation -Mise en traction et antalgiques -A jeun et bilan pré-opératoire -Sous AG, au bloc opératoire -Sur table orthopédique, sous amplificateur de brillance 	
2-Traitement chirurgical orthopédique : <ul style="list-style-type: none"> -Arthroplastie -Prothèse intermédiaire -Ou PTH en cas de coxarthrose 	2-Traitement chirurgical orthopédique : <ul style="list-style-type: none"> -Réduction si stade III ou IV -Ostéosynthèse à foyer ouvert -Vis-plaque compression
3-Reprise de l'appui précoce	3-Reprise de l'appui : <ul style="list-style-type: none"> -Jeune : retardée -Agé : précoce
4-Mesures associées : <ul style="list-style-type: none"> -Nursing et prévention thrombo-embolique (HBPM) -Prévention de la décompensation de tares 	
5-Surveillance clinique et radiologique	

LESIONS MENISCALES DU GENOU

Arthroscopie, ménisectomie partielle
Kinésithérapie

1-Traitement chirurgical curateur

Arthroscopie diagnostique et thérapeutique

Exploration des structures intra-articulaires

Sutures méniscales des désinsertions ménisco-synoviales

Ménisectomie partielle (essayer d'être conservateur au maximum)

2-Mesures associées

Appui immédiat autorisé

Antalgiques

Prévention thrombo-embolique

Arrêt du sport 2 mois

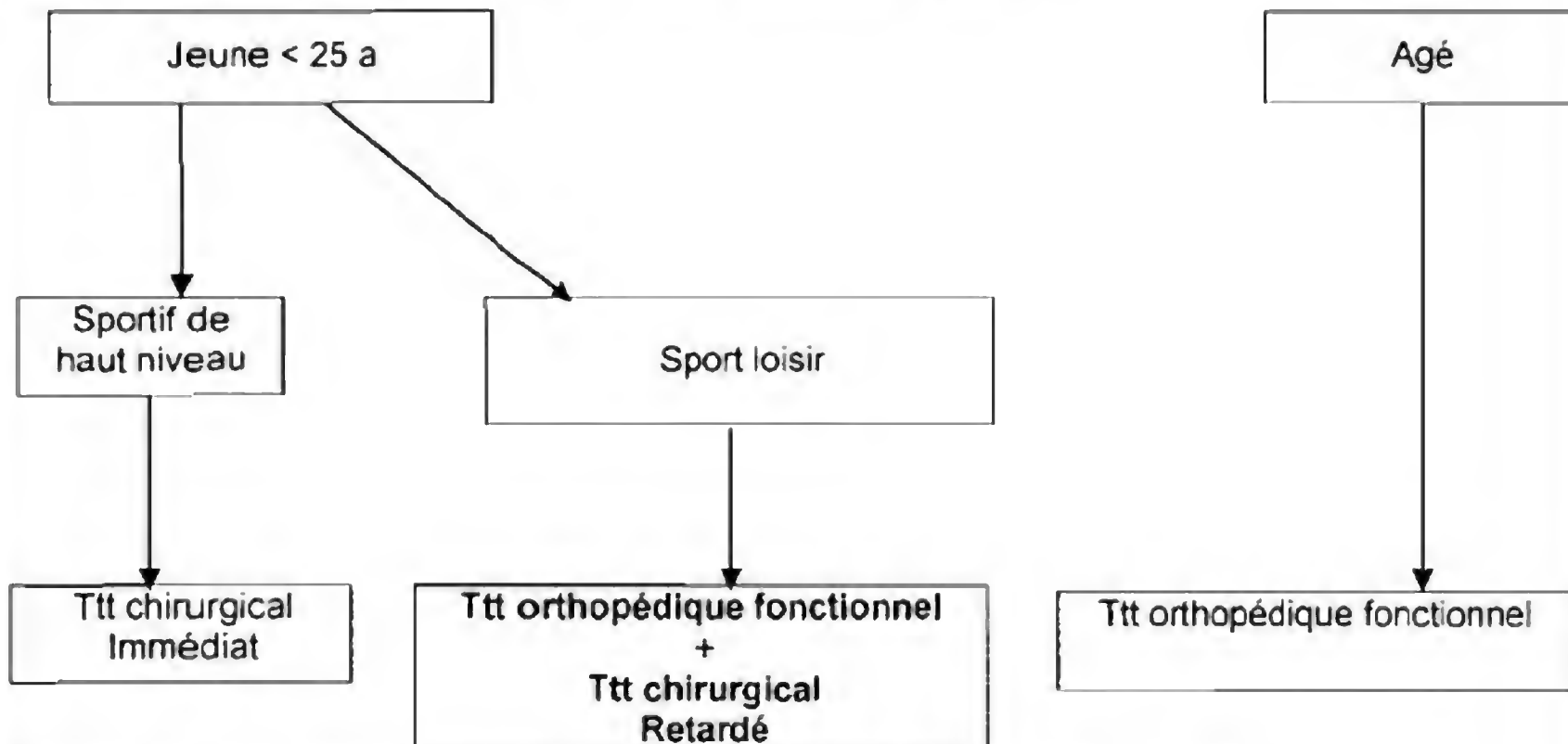
3-Kinésithérapie

LESIONS LIGAMENTAIRES DU GENOU

RUPTURE DU LCA

Orthopédique : antalgique-AINS ; attelle amovible
Chirurgical : remplacement du LCA par ligamentoplastie
Rééducation, arrêt du sport 1 an

I-INDICATIONS DANS LA RUPTURE DU LCA (= entorse grave)



(Entorse bénigne : repos + immobilisation + antalgiques + rééducation précoce)
(Rupture d'un LL : immobilisation 6 sem)

II-TYPES DE TRAITEMENT DANS LA RUPTURE DU LCA

Orthopédique	1-Repos 2-Antalgique-AINS 3-Cryothérapie 4-Immobilisation du genou -15j -Par attelle amovible 5-Rééducation
Chirurgical	1-Remplacement du LCA par ligamentoplastie 2-Immobilisation post-op (4 sem) + HBPM 3-Rééducation : -Précoce et prolongée -Renforcement musculaire, amplitude articulaire -Proprioceptive

Dans tous les cas :
Arrêt de travail
Arrêt du sport 1 an
Surveillance clinique

ENTORSE DE LA CHEVILLE

« GREC » → Glace/Repos/Elévation/Contention
Traitement orthopédique : immobilisation : orthèse de contention
Rééducation à distance afin d'éviter les récives

I-TRAITEMENT D'UNE ENTORSE : « GREC » → Glace/Repos/Elévation/Contention

1-Traitement orthopédique : immobilisation
Orthèse de contention
De 1 sem à 1 mois en fonction de la gravité

2-Mesures associées
Repos, antalgiques, cryothérapie
Marche autorisée au décours
Pas de sport durant 1 mois

3-Rééducation à distance afin d'éviter les récives
Péroniers latéraux (renforcent la stabilité de la cheville)
Proprioceptive
Laxité

4-Surveillance (et recherche d'une laxité chronique)

II-TRAITEMENT D'UNE LAXITE CHRONIQUE

Définition	Définition radiologique : -Face en varus forcé : bâillement tibio-astragalien > 10° -Profil en tiroir ant : déplacement astragalien > 8 mm
Traitement	1-Traitement chirurgical : ligamentoplastie 2-Traitement des facteurs prédisposants 3-Rééducation

POLYTRAUMATISME

Protéger ; alerter ; secourir : hémodynamique, ventilatoire
Axe cranio-rachidien en rectitude ; fractures immobilisées et enveloppées

FRACTURE DE JAMBE

Ouverte : anti-tétanique ; antibiothérapie ; I, II : enclouage centro-médullaire ; III : fixateur externe

Fermée

HBPM ; rééducation

I-PRISE EN CHARGE D'UN POLYTRAUMATISÉ

Sur les lieux de l'accident	<ul style="list-style-type: none">1-Triade de l'accident :<ul style="list-style-type: none">-Protéger-Alerter (15)-Secourir : assurer les fonctions vitales :<ul style="list-style-type: none">-Hémodynamique (MCE)-Ventilatoire (LVAS, insufflation)2-Milieu pré-médicalisé :<ul style="list-style-type: none">-Hémodynamique : MCE, hémostase, 2 vvp, macromolécules-Ventilatoire : LVAS, ventilation au masque, IVA
Règles du transport médicalisé	<ul style="list-style-type: none">-Axe cranio-rachidien en rectitude-Fractures immobilisées et enveloppées stérilement-Patient perfusé-Par SAMU-Le plus rapidement possible-Vers un centre spécialisé prévenu de son arrivée-Surveillance continue

II-FRACTURE DE JAMBE

1-Traitement spécifique

Ouverte	<ul style="list-style-type: none">1-Prévention antitétanique2-Antibiothérapie (Augmentin®)3-Traitement chirurgical (avec parage)<ul style="list-style-type: none">-St I, II : enclouage centro-médullaire statique à foyer fermé-St III : fixateur externe et lambeau de couverture
Fermée	<ul style="list-style-type: none">1-Traitement orthopédique :<ul style="list-style-type: none">-Plâtre cruro-pédieux 2 à 3 mois (± remplacé par botte plâtrée)1-Traitement chirurgical :<ul style="list-style-type: none">-Enclouage centro-médullaire statique à foyer fermé

2-Mesures associées

HBPM jusqu'à reprise complète de l'appui

Rééducation du genou et de la cheville

3-Surveillance clinique, radiologique et biologique

TRAUMATISME DE L'ÉPAULE

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Fonctionnel

Orthopédique

Chirurgical : réduction ; ostéosynthèse par broches bi-fasciculées ; contention

Rééducation

DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE

I, II, III non sportif : traitement fonctionnel : immobilisation abaissant la clavicule (3 sem)

III sportif, IV : traitement chirurgical : laçage coraco-claviculaire ; brochage acromio-claviculaire transitoire ; immobilisation de l'épaule (3 sem)

LUXATION GLENO-HUMÉRALE ANTERO-INTERNE

Phase aiguë :

Déficit du nerf circonflexe ?

Réduction par manœuvre externe : radio de contrôle

Immobilisation coude au corps

Récidivantes :

Capsulo-myorrhaphie antérieure (Bankart) ; butée osseuse coracoïdienne (Iatarjet)

I-FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

1-Traitement curatif

Type	Indications	Caractéristiques du traitement
Fonctionnel	-Agé + fracture engrenée	Rééducation immédiate
Orthopédique	-Jeune -Agé + fracture non engrenée	-Réduction -Contention par plâtre
Chirurgical	-Jeune -Agé + fracture non engrenée	-Réduction -Ostéosynthèse par broches bi-fasciculées -Contention

2-Rééducation pour limiter l'enraidissement de l'épaule

Dès l'immobilisation : mobilisation de la main et contraction statique du deltoïde

A la fin de l'immobilisation : kiné active et prolongée

3-Surveillance clinique et radiologique

II-DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE

I II III non sportif	Traitement fonctionnel	1-Immobilisation abaissant la clavicule (3 sem) 2-Surveillance clinique 3-Rééducation au décours
III sportif IV	Traitement chirurgical	1-Au bloc opératoire, sous AG, sous amplificateur de brillance 2-Traitement chirurgical orthopédique -Laçage coraco-claviculaire -Brochage acromio-claviculaire transitoire 3-Immobilisation de l'épaule (3 sem) 4-Surveillance clinique et radiologique 5-Rééducation au décours

III-LUXATION GLENO-HUMÉRALE ANTERO-INTERNE

Phase aiguë	<p><u>Réduction :</u></p> <p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> -En urgence -Patient détendu ± pré-médiqué -Aux urgences (si échec = au bloc opératoire) <p>2-Information du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déficit du nerf circonflexe ? -Ou risque de lésion de ce nerf lors de la réduction <p>3-Réduction par manœuvre externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Après dépistage d'une complication vaso-nerveuse -Traction dans l'axe du bras -Progressive, douce et prolongée -Radio de contrôle <p>4-Immobilisation coude au corps</p> <p><u>TRAITEMENT symptomatique :</u></p> <p>1-Immobilisation coude au corps</p> <p>2-Antalgiques + arrêt de travail</p> <p>3-Rééducation précoce</p>
Récidivantes	<p>1-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Capsulo-myorrhaphie antérieure (Bankart) -Butée osseuse coracoïdienne (Iatarjet) <p>2-Immobilisation post-op</p> <p>3-Antalgiques + arrêt de travail</p> <p>4-Rééducation précoce</p>

PANARIS

Stade inflammatoire :

Porte d'entrée ; SAT-VAT

Stade collecté :

Excision ; antibiothérapie ; porte d'entrée ; SAT-VAT

Stade inflammatoire	Stade collecté
1-Traiter l'infection : -Bain antiseptique	1-Traitement chirurgical : -Exploration - Excision des tissus nécrosés et des CE -Prélèvements puis lavages -Plaie laissée ouverte -Associé à une antibiothérapie
2-Traiter la porte d'entrée 3-SAT-VAT 4-Correction des facteurs favorisants 5-Immobilisation courte puis rééducation 6-Surveillance (H48) 7-Arrêt de travail si dans l'alimentation	

PHLEGMONS DES GAINES

Ouverture de la gaine ; lavage associé à :

Purulent : synovectomie

Nécrosé : Excision du tendon nécrosé

Plaie laissée ouverte

Antibiothérapie IV ; SAT-VAT

1-Traitement chirurgical en urgence

AG, garrot pneumatique

Exploration

Excision des tissus nécrosés et des CE

Ouverture de la gaine

Prélèvements puis lavage

Selon le stade

Exsudatif	-
Purulent	Synovectomie
Nécrosé	Synovectomie Excision du tendon nécrosé

Plaie laissée ouverte

2-Lutte contre l'infection

Antibiothérapie IV

Traiter la porte d'entrée

SAT-VAT

3-Correction des facteurs favorisants

4-Immobilisation courte puis rééducation

5-Surveillance (H48)

PLAIES DE LA MAIN

CONDUITE A TENIR EN CAS D'AMPUTATION D'UN DOIGT

Main : surélevée

Segment amputé : linge stérile ; entouré d'un sac de glaçons

Microchirurgie, 6 h

TRAITEMENT D'UNE PLAIE DE LA MAIN

SAT-VAT

Microchirurgie sous loupe = bilan lésionnel ; parage ; fermeture sans tension

Immobilisation courte main surélevée

Rééducation précoce

I-CONDUITE A TENIR EN CAS D'AMPUTATION D'UN DOIGT

1-Main

Surélevée

Pansement compressif

2-Segment amputé

Lavé à l'eau stérile

Dans un linge stérile

Entouré d'un sac de glaçons

3-Microchirurgie dans les 6 h

II-TRAITEMENT D'UNE PLAIE DE LA MAIN

1-Traitement médical

Antibiotiques (selon agent vulnérant et délai de prise en charge)

SAT-VAT

2-Traitement chirurgical : microchirurgie sous loupe (± microscope)

Exploration et bilan lésionnel

Parage (ablation CE et tissus nécrosés)

Lavage

Réparation de toutes les lésions

Fermeture sans tension

Pansement peu compressif

3-Immobilisation courte main surélevée

4-Rééducation précoce des doigts sains puis lésés

BRULURES

- Extinction ; arroser la brûlure, pansement stérile ; SAMU
- Rééquilibration hydro-électrolytique (règle d'Evans), nutrition hyper calorique, hyper protidique (+ vitaminothérapie), équilibre thermique
- SAT-VAT, antalgiques, anticoagulants
- Détersion + bourgeonnement + greffe

Règles d'Evans :

50% macromolécules + 50% électrolytes
 2 000 mL + (2 mL x poids x % de surface)

Pré-hospitalier	1-Extinction de la flamme et déshabiller 2-Traitement local : -Arroser la brûlure (règles des 15 : 15 cm, 15°C, 15 min) -Pansement stérile 3-Maintien des fonctions vitales : -Réchauffement -LVAS, masque à O2, IVA -2 vvp et remplissage (20 mL/kg en 30 min) 4-Antalgiques majeurs 5-Evacuer le blessé par SAMU vers un centre spécialisé
A l'hôpital	1-Mise en condition : -Hospitalisation dans un service spécialisé -Rééquilibration hydro-électrolytique (règle d'Evans) -Nutrition hyper calorique, hyper protidique (+ vitaminothérapie) -Equilibre thermique -Oxygénothérapie 2-Traitement général : -SAT-VAT -Antalgiques -Anticoagulants et nursing -Prévention de l'ulcère de stress 3-Traitement local : -Détersion + bourgeonnement + greffe -Incision de décharge si brûlure circulaire -Bains quotidiens et excision des tissus nécrotiques -Pansements stériles au tulle gras 4-Soutien psychologique : 5-Surveillance clinique et paraclinique

Règles d'Evans :

Solutés : 50% macromolécules + 50% électrolytes
 Volume : 2 000 mL + (2 mL x poids x % de surface)
 Rythme : le 1^{er} jour ce volume et le 2^{ème} jour la moitié

FRACTURE OUVERTE

SAT-VAT

Antibiotique

Parage, traitement de la fracture

1-SAT-VAT

2-Antibiotique IVL par Augmentin®

3-Traitement chirurgical : parage :

En urgence, sous anesthésie

Préparation pré-opératoire (rasage, lavage, brossage)

Ablation des corps étrangers

Nettoyage avec un soluté antiseptique

Excision plan par plan de tous les tissus contus et dilacérés

4-Traitement de la fracture (fixateur externe)

5-Surveillance

SURVEILLANCE D'UN MALADE SOUS PLÂTRE

Radio de contrôle

HBPM si membres inférieurs

Feuille de consigne et éducation : surélever le membre

Rééducation

1-Pose du plâtre

Après une éventuelle réduction

En position de fonction

Avec radio de contrôle

2-Traitement médical

Antalgique-AINS

HBPM (si MI)

3-Feuille de consigne et éducation

A l'abri de la chaleur et de l'eau

Informer sur les signes d'alarmes

Surélever le membre

Lever dès que possible (si MI)

4-Consultation à 48 h puis surveillance

Clinique

Radiologique

Biologique (NFS, plaquettes, si HBPM)

5-Rééducation au décours

COMPLICATIONS SOUS PLATRE

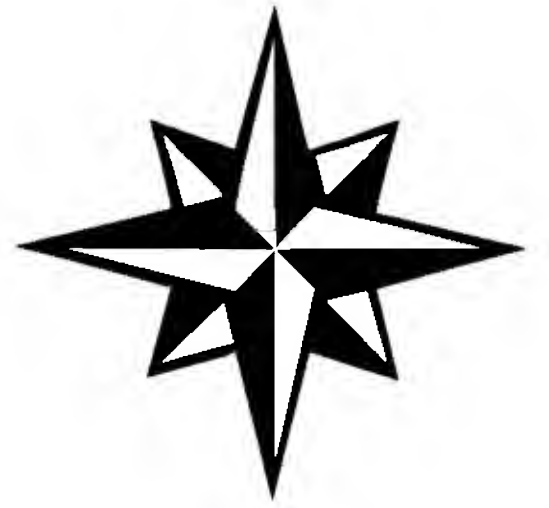
Infection sous plâtre :

Ablation du plâtre ; excision des tissus nécrosés ; plâtre fenêtré ou d'un fixateur externe ; antibiothérapie

Syndrome de loge :

Décompression par aponévrotomie de décharge

Infection sous plâtre	1-Ablation du plâtre 2-Traitement local -Ablation des fils -Excision des tissus nécrosés -Prélèvements bactériologiques -Désinfection 3-Pose d'un plâtre fenêtré ou d'un fixateur externe 4-Antibiothérapie 5-Surveillance
Sd de loge	1-Ablation du plâtre 2-Chirurgie de décompression : aponévrotomie de décharge
Phlébite	1-Fendre le plâtre 2-Echodoppler veineux des MI 3-Traitement classique d'une phlébite



PEDIATRIE



REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Règles hygiéno-diététiques

Prescriptions médicamenteuses : Guigoz® confort, Polysilane® gel, Motilium®

Surveillance

1-Règles hygiéno-diététiques

Rassurer

Mesures physiques :

Pas de décubitus post-prandial

Eviter couches serrées

Proclive dorsal 30° si échec de tous les autres traitements

Mesures diététiques :

Vérifier la bonne reconstitution des biberons

Fractionner les repas

Épaissir alimentation par lait épaissi AR

Arrêt du tabagisme passif

2-Prescriptions médicamenteuses

Guigoz® confort (épaississement de l'alimentation)

Polysilane® gel (anti-acides = 1 noisette avant les repas)

Motilium® (prokinétique = 1 dose-poids x 3/j, avant les repas)

Mopral® si œsophagite (inhibiteur de la pompe à protons = 1 mg/kg/j)

3-Surveillance

STENOSE DU PYLORE

Pylorotomie longitudinale extra-muqueuse

Réalimentation ; anti-reflux

1-Hospitalisation, mise en condition

- Réhydratation et renutrition

2-Traitement chirurgical

Accord parental

Pylorotomie longitudinale extra-muqueuse

3-Traitement médical

Rééquilibration hydroélectrique

Réalimentation précoce

Traitement anti-reflux

4-Surveillance

INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

Urgence ; lavement opaque ; critères de désinvagination ; surveillance durant 48 h
Urgence ; réduction ; vérification de tout le grêle

<p>Absence de signes de gravité</p>	<p>1-Signes de gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Syndrome péritonéal -Occlusion du grêle -Age : < 2 mois, > 2 ans -Etat de choc -Hémorragie importante <p>2-Echec du traitement médical</p> <p>3-Récidive</p>
<p>1-Urgence médicale, hospitalisation</p> <p>2-Principe du lavement opaque aux hydrosolubles :</p> <ul style="list-style-type: none"> -En l'absence de contre-indications -Stable hémodynamiquement, calme et hydraté -Contrôle radioscopique continu -En présence du chirurgien et de l'anesthésiste -Sous prémédication -Produit à t° corporelle -Sous faible pression <p>3-Critères de désinvagination</p> <ul style="list-style-type: none"> -Opacification colique complète -Cæcum en place -Pas d'encoche pariétale -Absence de réinvagination sur le cliché d'évacuation -Disparition de la douleur <p>4-Surveillance durant 48 h</p>	<p>1-Hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgence chirurgicale -Bilan pré-opératoire -Stable hémodynamiquement <p>2-Accord parental</p> <p>3-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Réduction manuelle -Résection-anastomose si nécrose intestinale -Vérification de tout le grêle (Meckel) <p>4-Surveillance</p>

BRONCHO-ALVEOLITE SEVERE DU NOURRISSON

Hospitalisation si gravité; Isolement ; oxygénothérapie
Traitement médicamenteux, désobstruction rhinopharyngée
Kinésithérapie respiratoire
Eviction tabagisme passif

1-Mise en condition

Hospitalisation si critères de gravité
Isolement et mesures d'hygiène
Monitoring cardiaque
Alimentation fractionnée (gavage gastrique selon), hydratation
Oxygénothérapie

2-Traitement médicamenteux

Désobstruction rhinopharyngée
Antipyrétiques
Augmentin® si surinfection
± Traitement anti-reflux

3-Kinésithérapie respiratoire : manœuvre par accélération de flux expiratoire

4-Eviction tabagisme passif

5-Surveillance

Clinique : monitoring cardiaque, oxymétrie, signes de lutte, conscience, TRC, hydratation, température
Paraclinique : NFS, CRP, radio de thorax

DESHYDRATATION AIGUE DU NOURRISSON

Traitement étiologique

Ambulatoire : Alhydrate® ; arrêt de l'alimentation ; reprise précoce à 6 h ; peser

Hospitalier : urgence ; correction d'un choc ; réhydratation

1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

<ul style="list-style-type: none"> -Perte de poids < 5% -Perte de poids entre 5 à 10% sans signes de gravité 	<ul style="list-style-type: none"> -Perte de poids > 10% -Perte de poids entre 5 à 10% avec signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> -Echec du traitement ambulatoire -Vomissements itératifs -Anorexie -Compliance parentale
Ambulatoire	Hospitalier
<p>1-Alhydrate® :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soluté de réhydratation orale -Diluer un sachet dans 200 mL d'eau -Proposer un biberon de la solution réfrigérée -Tous les 1/4 h, en petite quantité, ad libitum <p>2-Efferalgan® :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 dose poids/6 h si T° > 38,5°C <p>3-Arrêt de l'alimentation provisoire avec reprise précoce à 6 h</p> <p>4-Peser 2 fois par jour</p>	<p>1-Urgence thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hospitalisation en pédiatrie -Pesée, poche à urines -1 VVP (si échec : intra-osseux, sinus longitudinal sup) <p>2-Correction d'un choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sérum phy. -20 mL/kg en 30 min <p>3-Réhydratation :</p> <ul style="list-style-type: none"> -G5 + 2 g NaCl + 1,5 g KCl + 1 g gluconate de Ca -Lentement -150 mL/kg en 24 h -Renutrition précoce <p>4-Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> -5 P : pouls, pipi, pression, poids, périmètre crânien -Diarrhée, vomissements, conscience

NB :

Prise de poids par jour habituel :

-1^{er} trimestre : 25 g/j (1 g/h)

-2^{ème} trimestre : 20 g/j

-3^{ème} trimestre : 15 g/j

Poids théorique = ancienne pesée + (nombre de jours x prise de poids par jour)

Perte de poids = (poids théorique - poids réel)/poids théorique

DIARRHÉE AIGUE DU NOURRISSON

Réhydratation

Réalimentation précoce (à 6 h) :

< 3 mois : sans protéines de lait de vache

> 3 mois : lait habituel

Traitement étiologique

1-Hospitalisation (selon)

2-Réhydratation (cf.)

3-Réalimentation précoce (à 6 h)

< 3 mois	> 3 mois
-Lait sans protéines de lait de vache -Jusqu'à 3 mois de vie	-Lait habituel -Lait sans lactose si diarrhée prolongée et sévère

4-Traitement étiologique : antibiothérapie (Rocéphine®) si, et seulement si :

Très fébrile, invasif, signes systémiques

Immunodéprimés

Glaïro-sanglants

Infection extra-digestive

5-Surveillance

EPIGLOTTITE

Urgence vitale, SAMU, hospitalisation en réanimation
LVAS ; oxygénothérapie ; ne pas allonger, pas d'abaisse-langue
Intubation en position 1/2 assise au bloc opératoire
Antibiothérapie
Prophylaxie des sujets contacts (< 4 A)

1-Urgence vitale, SAMU, hospitalisation en réanimation

2-Mise en condition

LVAS

1/2 assis

Oxygénothérapie

1 VVP

Ne pas allonger, pas d'abaisse-langue

3-Intubation en position 1/2 assise au bloc opératoire (si échec trachéotomie)

4-Traitement médicamenteux

Antibiothérapie : C3G durant 21 j (IV puis relais po)

Corticothérapie

Antipyrétiques

Vaccination à distance

5-Prophylaxie des sujets contacts (< 4 A)

- Vaccination
- Rifampicine

5-Surveillance

LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

LVAS ; oxygénothérapie
Corticothérapie IM à domicile
Aérosols adrénaline + corticoïdes + sérum phy.

1-Mise en condition

LVAS

1/2 assis

Oxygénothérapie

Rassurer la famille

2-Corticothérapie IM à domicile (si échec : SAMU, aérosol d'adrénaline voire intubation)

3-Traitement médicamenteux en ambulatoire

Corticoïdes 10 gtes/kg/j 5 j

Antibiotiques si surinfection (Augmentin®)

Antipyrétiques

4-A l'hôpital : « 123ACS »

- Aérosols adrénaline (1 mL) + corticoïdes (2 mL) + sérum phy. (3 mL)

5-Règles hygiéno-diététiques

Désinfection rhinopharyngée

Atmosphère humide

Hydrater

6-Surveillance

PURPURA RHUMATOIDE COMPLIQUE

Corticothérapie
Mesures associées

1-Hospitalisation

2-Corticothérapie

3-Mesures associées à la corticothérapie

- Régime riche en protéines et en potassium
- Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé)
- Vitamine D + calcium
- Potassium (en fonction de la kaliémie)
- Anti-acides (Maalox®)
- Education parentale

4-Traitements symptomatiques

- Antalgiques
- Antispasmodiques

5-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

- Efficacité : BU durant 1 an, fonction rénale
- Tolérance : TA, digestif, croissance, iono, calcémie, glycémie

NB : compliqué :

- Atteinte neurologique
- Atteinte testiculaire
- Atteinte digestive sévère après FOGD pour éliminer des ulcérations
- Atteinte rénale sévère (PBR)

PREVENTION DES CRISES CONVULSIVES HYPERTHERMIQUES

Rassurer et informer les parents
Mesures physiques : déshabiller
Antipyrétique : paracétamol
Traitement étiologique
Si antécédent de crises complexes : Dépakine® 1 an

1-Rassurer et informer les parents

2-Mesures physiques

Déshabiller

Pièce fraîche

Hydrater

3-Antipyrétique

paracétamol

60 mg/kg/j per os en 4 prises

Si T° > 38,5°C

4-Traitement étiologique

5-Si antécédent de crises complexes : Dépakine® 1 an

CONVULSIONS DU NOURRISSON

Traitement symptomatique (< 2 ans)

En urgence : LVAS : décubitus latéral gauche ; Valium® Intra-rectal 0,5 mg/kg

Echec à 20 min : état de mal convulsif

Echec à 40 min : état de mal réfractaire

Traitement étiologique

1-Traitement symptomatique (< 2 ans)

En urgence	-LVAS, oxygénothérapie -Décubitus latéral gauche -Valium® intra-rectal 0,5 mg/kg (si persistance)
Echec à 5 min	-Valium® intra-rectal 0,5 mg/kg
Echec à 20 min : état de mal convulsif	-Hospitalisation -Phénobarbital 15 mg/kg en 30 min
Echec à 40 min : état de mal réfractaire	-Phénytoïne 15 mg/kg en 30 min
Echec	-Réanimation pédiatrique -Thiopental

> 2 ans → idem adulte (inverser phénobarbital et phénytoïne)

2-Traitement étiologique

3-Surveillance rapprochée

MUCOVISCIDOSE

Kiné ; antibiothérapie

Digestive : Créon® ; vitamines ; régime

Psychosocial

1-Pulmonaire

Kinésithérapie quotidienne (accélération du flux)

Antibiothérapie (cure séquentielle), vaccination

Pulmozyme® (aérosol de désoxyribonucléase)

Oxygénothérapie, broncho-aspiration

2-Digestive

Créon® (extraits pancréatiques gastro-protégés)

Vitamines ADEK

Régime équilibré hyper calorique

3-Psychosocial

Exonération du ticket modérateur (100% car ALD)

Education de la famille et du patient (hydrater le patient en été)

Soutien psychologique

ALCM (association de lutte contre la mucoviscidose)

4-Surveillance clinique et paraclinique

PNEUMOPATHIES DE L'ENFANT POUR L'ENC

- < 3 ans : amoxicilline 10 jours
 - > 3 ans : macrolides 14 jours
 Si échec à J2 : inter-changer
 - < 6 mois : choc ; antibiothérapie ; porte d'entrée

	- < 3 ans	- > 3 ans	- < 6 mois
Clinique	Brutal, altération de l'état général	Progressif	Brutal, altération de l'état général sévère
	Douleurs thoraciques	Signes extra-pulmonaires	Digestif, neurologique, choc
	Opacités systématisées	Opacités non systématisées	Bulles, lésions pleurales, alvéolo-interstitielle
Germe suspecté	<u>Pneumocoques</u>	<u>Bactérie atypique</u>	<u>Staphylococcie pleuro-pulmonaire</u>
Traitement	Amoxicilline 10 jours	Macrolides 14 jours	-Hospitalisation -Traiter un choc -Oxygénothérapie -Antibiothérapie : Nétromicine® + pénM (ou Vancomycine si grave) -Porte d'entrée -Drainage pleural selon -Surveillance
	Si échec à J2 : inter-changer les 2 antibiotiques en monothérapie (J4 pour macrolides)		

ASTHME DE L'ENFANT

Mesures médicamenteuses (selon la sévérité de l'asthme) : corticoïdes ; bronchodilatateurs de longue durée d'action ; bronchodilatateurs de courte durée d'action
Eviction des allergènes, éducation

1-Mesures médicamenteuses (selon la sévérité de l'asthme)

Corticoïdes (inhalés voire per os)

Bronchodilatateurs de longue durée d'action (β_2 + inhalés)

Bronchodilatateurs de courte durée d'action (inhalés) lors des crises

2-Mesures physiques

Eviction de tous les allergènes

Condition de vie :

Literie synthétique

Eviter moquette, tapis et peluches

Eviter animaux domestiques

Nettoyage fréquent de la chambre

Arrêt du tabagisme passif

Aérations fréquentes de la chambre

3-Education

Enfant et famille

Cahier de surveillance

4-Surveillance et équilibrage du traitement

COQUELUCHE

Non compliquée : éviction scolaire ; macrolides ; prophylaxie
Complicquée, nourrisson : oxygénothérapie ; macrolides ; mesures prophylactiques

Non compliquée	- Compliquée - Nourrisson
1-Eviction scolaire (5 j) 2-Antibiothérapie : -Macrolides -14 jours 3-Prophylaxie : -2 parents -Macrolides (10 j) 4-Surveillance clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement	1-Traitement symptomatique : -Hospitalisation, isolement -Oxygénothérapie -Hydratation -Antipyrétiques, anti-reflux 2-Traitement étiologique : -Macrolides, 14 jours -Augmentin® si surinfection 3-Mesures prophylactiques : -Mise à jour du calendrier vaccinal des enfants < 7 ans -Macrolides (10 j) pour famille, crèche, sujets à risque, école (classe si > 2 dans la même classe, école si > 2 dans 2 classes différentes) 4-Surveillance : -Monitoring cardiorespiratoire, saturation O2 -Quinte, bradycardie, apnée, neuro, T°, hydratation

BESOINS NUTRITIONNELS DU NOURRISSON

	Lait	Alimentation
0 à 4 mois	-Allaitement maternel (+++) -Préparation pour nourrisson	0
4 mois à 1 an	-Lait de suite	-Diversification
> 1 an	-Lait de croissance	-Régime normal

ORDONNANCE DE SORTIE DE MATERNITE

Lait ; Uvestérol D[®] ; Fluorex[®] ; Eosine[®] ; sérum physiologique ; vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif

Nom du docteur
Fonction
N° de Siret

Date et lieu

Nom et prénom de l'enfant
Age et poids

1-Lait :

- 1 mesure de poudre pour 30 mL d'eau
- Nidal HA[®] si antécédents allergiques

2-Uvestérol D[®] :

- 1 dose n°1 tous les jours
- Prévention du rachitisme

3-Fluorex[®] :

- 1 dose n°1 tous les jours
- Prévention des caries dentaires

4-Eosine[®] + alcool (60°) :

- Solution antiseptique
- Soins du cordon

5-Sérum physiologique :

- Instiller dans les narines
- Désinfection rhinopharyngée

6-Vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif :

- 1 ampoule 1 fois par semaine
- Le temps de l'allaitement

Signature
Tampon

NB : selon les facteurs de risque de l'enfant :

Echographies des hanches à 1 mois

Radio du bassin à 4 mois

Oto-émissions acoustiques

PURPURA FULMINANS

Au domicile :

Urgence ; 50 mg/kg de Cefotaxime® en IV ; SMUR pédiatrique

A l'hôpital :

200 mg/kg/24 h de Cefotaxime®

Déclaration obligatoire

Prophylaxie du méningocoque : éviction scolaire ; vaccination ; antibioprophylaxie

1-Au domicile

En urgence

Corriger le choc : macromolécules ± drogues vaso-actives

50 mg/kg de Cefotaxime® en IV

Oxygénothérapie

SMUR pédiatrique

Entourer les taches cutanées

Masque pour isolement

2-A l'hôpital

Isolement en réanimation pédiatrique

Choc : macromolécules ou sérum phy., voire amines

200 mg/kg/24 h de Cefotaxime® : 4 injections/j, 10 jours

Antipyrétiques

3-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

4-Déclaration obligatoire (au médecin chef de la DDASS)

5-Propylaxie du méningocoque

Eviction scolaire des cas de méningites

Vaccination si souches A et C

Pas de désinfection de locaux

Pas d'éviction des sujets contacts

Antibioprophylaxie (cf.)

Sujets concernés	-Crèche -Camarades d'université -Ecole : 1 cas dans 1 classe = voisins 2 cas dans 1 classe = toute la classe 2 cas dans 2 classes = les 2 classes 3 cas dans 2 classes = toute l'école	
Antibioprophylaxie	Rifampicine (Rifadine®) 2 j	-Adulte : 4 cp/j -Enfant : 20 mg/kg/j -nouveau-né : 10 mg/kg/j
Antibioprophylaxie si contre-indication	Rovamycine (Spiramycine®) 5 j	-Adulte : 6 MUI -Enfant : 150 000 UI/kg

INFECTIONS URINAIRES / REFLUX VESICO-URETERAL (RVU)

J 0 : IVSE, 2 j ; Rocéphine® + aminosides
 J 2 : per os, 8 j ; Oroken®
 J 10 : antibioprophylaxie, per os ; Bactrim®
 3 sem : ECBU (pré-cysto) ; cystographie rétrograde
 2 ans et RVU : Cohen

Evolution	Examens complémentaires	Traitement
J 0	-BU -ECBU -Echo rénale	-Hospitalisation -Antibiotiques IVSE, 2 j -Rocéphine® + aminosides
J 2	ECBU	-Relais -Antibiotique per os, 8 j -Oroken®
J 10	ECBU	-Antibioprophylaxie, per os -Bactrim®
3 sem	-ECBU (pré-cysto) -Cystographie rétrograde -Echo rénale	1-Si reflux vésico-urétéral : -Attendre jusqu'à 2 ans -Bactrim® 2-Si absence de malformation : -Arrêt des investigations -Arrêt des traitements
2 ans et RVU	UIV pré-opératoire	-Chirurgie urologique -Opération de Cohen

CAT DEVANT UN ABUS SEXUEL

β-HCG ; prélèvements bactériologiques + sérologies
Photographier ; certificat médical initial ; ITT ; signalement judiciaire
Contraception, cyclines ; suivi psychologique

1-Examen clinique

Interrogatoire et examen physique (gynécologique et général)
Par un spécialiste
Au calme

2-Examens complémentaires

β-HCG

Prélèvements **bactériologiques + sérologies** (VIH 1 et 2, hépatite B, hépatite C, syphilis)
Prélèvements de sperme et débris cutanéophanériens

3-Légalement

Photographier

Vêtements dans un sac en papier

Certificat médical initial

ITT (fonction de l'âge et des activités)

Signalement judiciaire

4-Prise en charge

Médicale : **contraception, cyclines, prophylaxie VIH** (selon)

Suivi **psychologique**

Information de la patiente

MALADIE DES MEMBRANES HYALINES

Corticothérapie prénatale
 Surfactant exogène (Curosurf® 2 doses)
 Intubation selon la gravité avec PEP

Préventif	1-Prévention des accouchements prématurés 2-Corticothérapie prénatale en cas de MAP
Curatif	1-Mise en condition : -Incubateur -Aspiration rhinopharyngée -Sonde gastrique -1 VVP -Monitoring, dynamap, saturomètre 2-Traitements spécifiques : -Surfactant exogène (Curosurf® 2 doses) -Intubation selon la gravité avec PEP -Ventilation avec oscillateur à haute fréquence -Monoxyle d'azote si échec 3-Surveillance : -Monitoring, dynamap, saturomètre, Silverman, radio de thorax -Complications de la ventilation : pneumothorax, dysplasie bronchopulmonaire

MALADIE CŒLIAQUE

Régime : à vie ; exclusion du gluten (SABO)
Renutrition

1-Régime

A vie

Exclusion du gluten (SABO : seigle, avoine, blé, orge)

2-Renutrition

Régime hyper calorique

Supplémentation en fer

Correction des carences

3-Surveillance à vie (FOGD)

HYPOTHYROIDIE CONGENITALE

Hormonothérapie substitutive : en urgence ; à vie ; L-thyroxine ; 5 à 8 $\mu\text{g/kg/j}$
Arrêt de la vitamine D en fonction de la calcémie
TSHus, T4I

1-Hospitalisation en urgence

2-Hormonothérapie substitutive

En urgence

A vie

L-thyroxine

5 à 8 $\mu\text{g/kg/j}$

3-Arrêt de la vitamine D en fonction de la calcémie

4-Information et éducation des parents

5-Surveillance à vie

Clinique : signes d'hypothyroïdie, surdosage, éducation

Paraclinique : TSHus, T4I

OSTEOMYELITIS

Urgence
Antibiothérapie
Immobilisation
Traitement de la porte d'entrée

1-Mise en condition

Urgence médico-chirurgicale
Hospitalisation
Autorisation parentale
1 VVP

2-Traitement médical

Antibiothérapie double, bactéricide, synergique, probabiliste sur le staphylocoque doré
secondairement adaptée aux prélèvements, à bonne diffusion osseuse, prolongée
(Bristopen® + genta. 3 S IV, relais 6 sem per os)
Antalgiques
Antipyrétiques

3-Traitement orthopédique

Immobilisation plâtrée (prenant articulation sus et sous-jacente) pour 6 semaines
Repos au lit

4-Traitement de la porte d'entrée

5-Surveillance

NB : si abcès périosté :

Traitement chirurgical : évacuation, prélèvements, lavage, drainage
Plâtre fenêtré
Examen bactériologique des prélèvements

BOITERIE CHEZ L'ENFANT

Rhume de hanche : repos, AINS, radio à 6 sem

Ostéochondrite : arrêt des facteurs de risque, extension prolongée, décharge

Epiphysiolyse : urgence, réduction très prudente, ostéosynthèse

Rhume de hanche	<ul style="list-style-type: none">-Repos au lit-AINS-Reprise progressive de la marche-Surveillance : radio à 6 sem pour rechercher une ostéochondrite
Ostéochondrite	<ul style="list-style-type: none">-Arrêt des facteurs de risque (surpoids)-Extension prolongée (revascularisation)-Décharge 1 an (réossification)-Parfois ostéotomie de recentrage au stade évolué-Surveillance
Epiphysiolyse	<ul style="list-style-type: none">-Urgence-Traitement chirurgical : réduction très prudente si bascule > 70°, ostéosynthèse par vis-Antalgiques-Surveillance

RACHITISME

Calcithérapie
Vitamine D
Education des parents
Attention à la maltraitance

1-Calcithérapie

Si $Ca < 2 \text{ mM}$: gluconate de calcium 10% IV, sous contrôle scopique, $1\,000 \text{ mg/m}^2/\text{j}$
Puis relais oral, 500 mg/j, 1 mois

2-Vitamine D

Curatif : 1 ampoule de 200 000 UI per os
Préventif : 1 ampoule de 200 000 UI per os tous les 6 mois

3-Education des parents, carnet de santé

4-Traitement des carences associées

Fumafer®
Folates

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : courbe de croissance, développement psychomoteur
Biologique : calcémie, 25-OH-D3, phosphorémie, PAL, bilan martial
Radiologique : poignet à 1 mois

6-Attention à la maltraitance

CONDUITE A TENIR EN SALLE DE NAISSANCE

Section du cordon ; désobstruction nasale ; vitamine K ; désinfection oculaire
Mensurations (poids, taille, PC) ; perméabilité choanale ; test à la seringue ; température rectale ; pouls
fémoraux
Bracelet d'identification ; tétée précoce

Traitement	1-Section du cordon (2 artères et 1 veine) 2-Aspiration pour désobstruction nasale 3-Vitamine K per os 4-Désinfection oculaire avec collyre à la rifampicine 5-Laver et réchauffer
Examen clinique	1-Apgar, mensurations (poids, taille, PC) 2-Perméabilité choanale par aspiration 3-Test à la seringue (atrésie de l'oesophage ?) 4-Température rectale (imperforation anale ?) 5-Pouls fémoraux (coarctation de l'aorte ?)
Autres	1-Bracelet d'identification 2-Mettre sur le ventre de sa mère 3-Tétée précoce

ORDONNANCE A 6 MOIS

Age et poids

Matin : 1 biberon

Midi : légumes, viande, 1 petit-suisse, 1 fruit mixé

Goûter : 150 mL de Modilac®

Soir : 210 mL de Modilac®

Zymaduo® 150

Nom du docteur

Fonction

N° de Siret

Date et lieu

Nom et prénom de l'enfant

Age et poids

Le matin :

1 biberon de 210 mL d'eau +

7 mesures arasées de Modilac® (lait de suite)

Le midi :

125 g de légumes

25 g de viande

1 petit-suisse

1 fruit mixé

Le goûter :

1 yaourt

1 petit pot de fruits

150 mL de Modilac® (lait de suite)

Le soir :

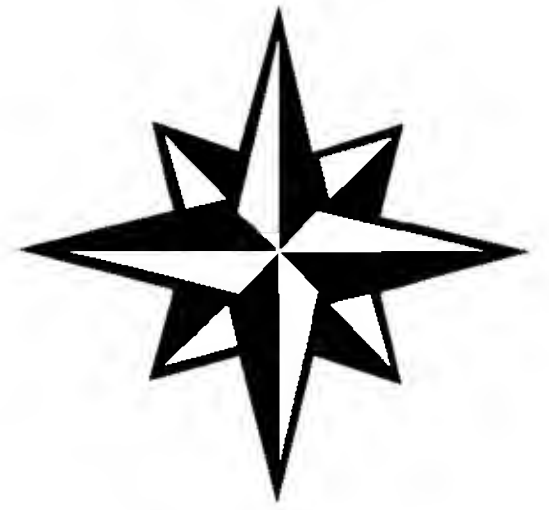
210 mL de Modilac® (lait de suite)

+ 1 cuil. de farine

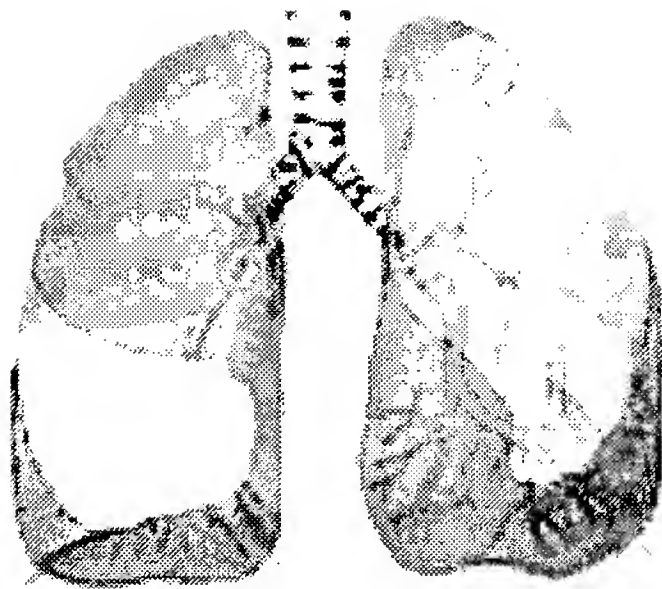
Zymaduo® 150 : 4 gouttes par jour

Signature

Tampon



PNEUMOLOGIE



LES ZEROS DU TRAITEMENT DE PNEUMOLOGIE

Arrêt des facteurs de risque : tabac, amiante
Oxygène
Kinésithérapie respiratoire
Psycho-socio-professionnel

1-Arrêt des facteurs de risque

Tabac
Amiante
Autres

2-Oxygène

3-Syndrome obstructif

β 2-mimétiques
Corticothérapie

4-Kinésithérapie respiratoire

5-Prévention des infections

Vaccinations
Antibiotiques
Traitement des foyers dentaires

6-Psycho-socio-professionnel

CRISE D'ASTHME / ASTHME AIGU GRAVE

Crise d'asthme :

Eduquer, DEP ; $\beta 2$ -mimétiques spray ; corticothérapie orale

Asthme aigu grave :

Urgence : réa ; oxygénothérapie ; Salbutamol aérosol , Solumédrol® IV ; hydrater, potassium ; facteur déclenchant ; sat, kaliémie, traitement de fond

Echec du traitement : adré, ventilation assistée

Crise d'asthme	<p>→Eduquer la patiente : DEP et CAT (cf.)</p> <p>1-$\beta 2$-mimétiques spray : 2 bouffées</p> <p>2-$\beta 2$-mimétique spray : à renouveler si échec jusqu'à 6 bouffées</p> <p>3-Corticothérapie orale en cure courte si asthme instable</p>
Asthme aigu grave	<p>→Eduquer la patiente : échec du traitement et CAT (urgence, appel du 15, pas de DEP car risque d'aggravation)</p> <p>1-Urgence vitale, hospitalisation en réa (scope, sat)</p> <p>2-Oxygénothérapie 6 L/min</p> <p>3-Traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salbutamol aérosol : $\beta 2$-mimétique, oxygène 6 L/min + 5 mg + 4 mL de sérum physiologique (« 654 ») -Atrovent® aérosol -Solumédrol® IV : corticoïdes, 1 mg/kg/j, (relais par Cortancyl® per os à J3) <p>4-Rééquilibration hydro-électrolytique</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hydrater -Potassium <p>5-Prévention thrombo-embolique</p> <p>6-Traitement du facteur déclenchant</p> <p>7-Surveillance clinique et paraclinique du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Efficacité : scope, sat, à distance DEP -Tolérance : kaliémie -Ajuster le traitement de fond
Echec du traitement	<ul style="list-style-type: none"> -Salbutamol IVSE -Adrénaline IVSE (pour certains) -Intubation et ventilation assistée en dernier recours

TRAITEMENT DE FOND DE L'ASTHME

Education du patient

Evictions de facteurs favorisants : allergènes, tabac, médicaments...

Traitement de fond :

Intermittent, persistant léger : corticoïdes inhalés

Persistant modéré : β_2+ de longue durée d'action

Persistant sévère : β_2+ , corticoïdes per os

Traitement des crises

1-Education du patient

Information sur la maladie

CAT en cas de crise

Connaître les signes d'AAG et la CAT

2-Evictions de facteurs favorisants : allergènes, tabac, médicaments...

3-Traitement médicamenteux

	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
Traitement de fond	Aucun	1-Corticoïdes inhalés (Bécotide®) < 800 μ g/j	1-Corticoïdes inhalés (Bécotide®) < 2 000 μ g/j 2- β_2+ de longue durée d'action (Serevent®)	1-Corticoïdes inhalés (Bécotide®) >2 000 μ g/j 2- β_2+ de longue durée d'action (Serevent®) 3-Corticoïdes per os (Cortancyl®)
Traitement des crises	cf.			

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : symptômes, DEP

Paraclinique : EFR, test de réversibilité

Education et observance

ALLERGIE

Examens complémentaires : NFS, IgE sériques ; prick test, EFR ± test à la métacholine
 Traitement : éviction de l'allergène ; éducation ; antihistaminique ; désensibilisation ; surveillance

Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> -Biologiques : <ul style="list-style-type: none"> -NFS, plaquettes -IgE sériques totales -IgE sériques spécifiques (Phadiatop®) -Tests de provocation : <ul style="list-style-type: none"> -Cutané : prick test -Nasal, conjonctival : tests spécifiques -Pulmonaire : EFR ± test à la métacholine
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> 1-Eviction de l'allergène, éducation du patient 2-Traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> -Antihistaminique -Si rhinite : ± corticoïdes inhalés -Si conjonctivite : antiallergiques ± corticoïdes locaux -si asthme : cf. 3-Désensibilisation : <ul style="list-style-type: none"> -Si mono-sensibilisation -Immunothérapie spécifique -En dehors des poussées -CI si asthme persistant avec traitement de fond 4-Surveillance clinique ± paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

BRONCHITE AIGUE / BRONCHITE CHRONIQUE

Bronchite aiguë : tabac, Mucomyst®, pas d'antibiotiques
 Bronchite chronique : tabac

Bronchite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> 1-Traitement ambulatoire 2-Arrêt du tabac 3-Traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> -Antipyrétiques -Vitamine C -Fluidifiants bronchiques (Mucomyst®) -Pas d'antibiotiques (sauf surinfections) 4-Surveillance clinique
Bronchite chronique	<ul style="list-style-type: none"> 1-Arrêt du tabac 2-Surveillance clinique

BPCO / DECOMPENSATION DE BPCO

BPCO :

Arrêt tabac

β 2-mimétiques, corticothérapie

Kiné, renutrition, réadaptation à l'effort

Décompensation de BPCO :

Oxygénothérapie faible débit

Salbutamol aérosol, Solumédrol® IV, antibiothérapie, HBPM

Kiné

BPCO

1-Arrêt du tabac et information sur les médicaments contre-indiqués

2-Traitement médical :

- β 2-mimétiques inhalées

-Corticothérapie inhalée à partir du stade 2b

4-Kinésithérapie respiratoire

5-Prévention des infections

-Vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique

-Traitement des foyers dentaires

-Antibiotiques (si surinfections bronchiques)

6-Règles hygiéno-diététiques :

-Renutrition

-Réadaptation à l'effort

-Pas de sédatifs

7-Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement :

-Clinique

-Paraclinique : Rx de thorax, GDS, EFR

-Sevrage tabagique

Décompensation de BPCO

1-Mise en condition :

-Hospitalisation

-Oxygénothérapie faible débit

-Ventilation non invasive (VNI) si échec

2-Traitement médical :

-Salbutamol aérosol : β 2-mimétique

-Atrovent® aérosol

-Solumédrol® IV : corticoïdes, 1 mg/kg/j

-Antibiothérapie en fonction de l'étiologie

-HBPM

3-Kinésithérapie respiratoire

4-Traitement du facteur déclenchant

5-Surveillance

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Oxygénothérapie à domicile, Ventilation non invasive (VNI)
Réhabilitation respiratoire : éducation, réadaptation, kiné, drainage, musculation
Traitement étiologique

- 1-Oxygénothérapie à domicile
- 2-Réhabilitation respiratoire
- 3-Traitement étiologique (ex. : syndrome obstructif)
- 4-Ventilation non invasive (VNI) si échec
- 5-Surveillance

	Indications	Modalités
Oxygénothérapie à domicile	PaO2 basale < 55 mmHg à distance d'un épisode aigu	-A vie -15 h/j minimum -Pour PaO2 > 70 mmHg
	PaO2 basale < 60 mmHg associée à : -Cœur pulmonaire chronique (CPC) -Polyglobulie -HTAP avec PAP moy > 20 mmHg -Désaturation nocturne sans apnée	-Sans augmenter la PaCO2 -Augmentation progressive -Entente préalable avec la SS -Coordination par l'ANTADIR -Augmente : -Confort -Espérance de vie -Tolérance à l'effort -Diminue : -HTAP -Polyglobulie -Signes d'IVD
Réhabilitation respiratoire	Systematique	-Education (médicaments CI) -Réadaptation à l'effort -Kinésithérapie respiratoire : -Drainage -Musculation (m respi)

TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNNE (PERI-PERI)

Quadrithérapie antituberculeuse = PERI
 Pyrazinamide + Ethambutol + Rifampicine + Isoniazide
Mesures associés = PERI
 Prise en charge : déclaration obligatoire, 100%
 Education : tabac, contraception OP
 Recherche et traitement des sujets contacts
 Isolement
Surveillance :
 BK crachats, ASAT/ALAT

1-Quadrithérapie antituberculeuse

Une prise le matin à jeun
 Après bilan pré-thérapeutique : NFS, Créat, ASAT/ALAT, Uricémie, FO, champs visuel, vision des couleurs
 En l'absence de CI
 Secondairement adaptée à l'antibiogramme
 Avec :

DCI	Posologie		Effets secondaires
Pyrazinamide	30 mg/kg/j	2 mois	-Hépatite maligne -Téatogène (enceinte : ERI 9 mois)
Ethambutol	20 mg/kg/j		-NORB
Rifampicine	10 mg/kg/j	6 mois (12 mois si os, neuro)	-Allergie -Inducteur enzymatique -Fausse hématurie
Isoniazide	5 mg/kg/j		-Hépatite bénigne -Polynévrite

2-Prise en charge

Déclaration obligatoire
 100%
 Arrêt de travail
 Renutrition, réhydratation

3-Education

Vaccination BCG
 Arrêt du tabac et de l'alcool
 Inefficacité de la contraception OP (rifampicine : inducteur)

4-Recherche et traitement des sujets contacts

Clinique, Rx de thorax, IDR
 Enfants non vaccinés et VIH exposés : isoniazide 6 mois

5-Isolement jusqu'à négativation des expectorations

Chambre seule
 Porte fermée, aération
 Masque

6-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

Observance : couleur des urines, uricémie
 Efficacité : T°, poids, sueurs, BK crachats, Rx de thorax
 Tolérance : ASAT/ALAT, vision des couleurs, NFS

HEPATITE MEDICAMENTEUSE AUX ANTITUBERCULEUX

Augmentation des ASAT/ALAT

Examens : Echo, alcoolémie, sérologies des hépatites

Conduite à tenir : arrêt alcool et médicaments hépatotoxiques

- < 3N : diminuer les doses de P et I
- 3N à 6N : arrêt de P et I, transaminases
- > 6N : arrêt de P et I, transaminases, CI à vie de P

1-Augmentation des ASAT/ALAT

2-Examens complémentaires

ALAT/ASAT, PAL, γ -GT, TP, facteur V, bilirubine

Echographie hépatique

Alcoolémie

Sérologies des hépatites

3-Conduite à tenir

Hospitalisation

Arrêt alcool et médicaments hépatotoxiques

En fonction des transaminases

< 3N	3N à 6N	> 6N
-Diminuer les doses de P et I -Surveillance des transaminases	-Arrêt de P et I -Surveillance des transaminases -Antituberculeux de 2 ^{ème} ligne jusqu'à normalisation des transaminases	
	-Reprise de I	-Reprise de I à 1/2 doses -CI à vie de P

4-Surveillance

NB : signification de P et I :

P = pyrazinamide

I = isoniazide

AMIANTE ET POUMON

Symptomatique :

IRC

Mésothéliome : symphyse pleurale, radiothérapie, kiné

Psychothérapie, 100%, maladie professionnelle

Préventif :

Médecin législateur, concentration atmosphérique maximale de fibres

Informé, protection individuelle, aspiration à la source

Médecin du travail : Rx de thorax, EFR

Curatif	Aucun
Symptomatique	<p>1-Traitement de l'IRC restrictive due à l'abestose</p> <p>2-Traitement palliatif du mésothéliome pleural :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antalgiques -Thoracoscopie -Evacuation et symphyse pleurale -Radiothérapie (aux points de drainages) -Kinésithérapie <p>3-Psycho-socio-professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psychothérapie de soutien -100% -Déclaration de maladie professionnelle (n° 30) <p>4-Surveillance clinique et paraclinique de l'évolution de la maladie</p>
Préventif	<p>1-Médecin législateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concentration atmosphérique maximale de fibres -Déflocage, interdiction de flocage -Transport des déchets <p>2-Entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informé les salariés -Protection individuelle : masques, douches, vêtements -Protection générale : aspiration à la source, humidification <p>3-Médecin du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Education (amiante, tabac...) -Bilan d'embauche puis annuel (clinique, Rx de thorax, EFR)

SARCOIDOSE

Signe de gravité :

BAV, PFP, hypercalcémie

Zéros :

Scope si BAV, oxygène si dyspnée

Corticothérapie, décroissance progressive ; mesures associées : PAS de vit D, PAS de calcium

Protection oculaire si paralysie faciale

<p>Sans signe de gravité OU Löfgren</p>	<p>1-Abstention thérapeutique 2-Repos, (AINS selon) 3-Suveillance de l'évolution de la maladie : -Clinique -Rx de thorax -ECA</p>
<p>Signes de gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pneumo : stades 2 et 3 -Cardio : BAV -Neuro : PFP -Ophtalmo -Rénale -Hypercalcémie sévère -EFR très perturbés -Signes généraux -Aggravation rapide 	<p>1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation (selon) -Scope si BAV -Oxygène si dyspnée 2-Corticothérapie : -Traitement d'attaque, à 1 mg/kg/j, per os, pour 3 mois -Traitement prolongé : 18 mois -Prévention de l'insuffisance surrénale : • Décroissance progressive jusqu'à 5 mg/j • Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois • Test au Synacthène® • Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes 3-Mesures associées à la corticothérapie : -PAS de vit D, PAS de calcium -Mopral® si besoin -Régime riche en protéines et en potassium -Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé) 4-Traitement spécifique d'une complication : -SEES si BAV -Protection oculaire si paralysie faciale 5-Surveillance clinique et paraclinique du traitement -Efficacité : Rx de thorax, ECA, EFR, ECG, ophtalmo, calcémie -Corticothérapie : poids, TA, NFS, iono, gly</p>

HEMOPTYSIE

Oxygénothérapie

Gp, RAI, Rh, hémostase, GDS

Traitement d'un éventuel choc

Fibroscopie bronchique= réaliser l'hémostase, traitement étiologique

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation

Oxygénothérapie à adapter à sat Ic

Gp, RAI, Rh, hémostase, GDS

2-Traitement d'un éventuel choc (rarissime dans l'hémoptysie, on meurt d'abord d'asphyxie)

2 VVP

Remplissage

Drogues vaso-actives si échec

Commande de culots globulaires

3-Réaliser l'hémostase

Fibroscopie bronchique avec adrénaline locale

Embolisation per-artério bronchique (repérer artère médullaire)

Intubation sélective par sonde de Carlens

Chirurgie d'hémostase en dernier recours

Vasopresseur : Glypressine® IV (CI chez patient coronarien) : à éviter car E2 ++ et empêche de faire l'artério.

4-Traitement étiologique (si non réalisé)

5-Surveillance

PNEUMOTHORAX

Sans gravité > 2 cm :

Drainage pleural, aspiration douce, radio de contrôle ; surveillance ; éducation

Signes de gravité :

Urgence, oxygénothérapie, choc si hémopneumothorax ;

Exsufflation à l'aiguille ; drainage pleural,

Sans gravité < 2 cm	<p>1-Abstention, repos a lit, arrêt de travail</p> <p>2-Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clinique -Paraclinique : Rx de thorax à J5 <p>3-Education du patient (plongée, instruments à vent...)</p>
Sans gravité > 2 cm (soit 15 à 20%)	<p>1-Drainage pleural :</p> <ul style="list-style-type: none"> -En hospitalisation -Après hémostase, désinfection et anesthésie locale -2^{ème} espace IC par voie antérieure, bord supérieur de la cote inférieure -Asepsie, aspiration douce -Radio de contrôle -Durée inférieure à une semaine <p>ou -Simple exsufflation à l'aiguille</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contrôle Rx et drainage si échec <p>2-Surveillance efficacité et tolérance du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clinique : perméabilité, bullage, local -Paraclinique : radio de thorax <p>3-Education du patient (plongée, instruments à vent...)</p>
Signes de gravité	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgence, hospitalisation -Oxygénothérapie à adapter à la sat tc -Correction d'un choc si hémopneumothorax <p>2-Exsufflation à l'aiguille</p> <p>3-Drainage pleural :</p> <ul style="list-style-type: none"> -En urgence -Après hémostase, désinfection et anesthésie locale -2^{ème} espace IC par voie antérieure, bord supérieur de la cote inférieure -Asepsie, aspiration douce -Radio de contrôle -Double drainage si hémopneumothorax (voire thoracotomie d'hémostase si échec) <p>4-Surveillance efficacité et tolérance du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clinique : perméabilité, bullage, local, quantité de sang -Paraclinique : radio de thorax <p>5-Education du patient (plongée, instruments à vent...)</p>
Réclive(s) : -1 ^{ère} controlatérale -2 ^{ème} homolatérale	<p>1-Traitement chirurgical définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Thoracoscope chirurgicale ou thoracotomie -Exploration -Traitement étiologique (bulles et blebs) -Symphyse pleurale par talcage <p>2-Education du patient (plongée, instruments à vent...)</p>

PLEURESIE PURULENTE

Antibiothérapie : Augmentin® + aminoside ou C3G + Flagyl®

Evacuation du pus : ponction, lavage, drainage

Traitement de la porte d'entrée et de tous foyers infectieux

Kinésithérapie respiratoire +++

1-Mise en condition

Hospitalisation

Prévention de la décompensation des tares

Prévention thrombo-embolique

Arrêt des facteurs favorisants (alcolo-tabagique)

2-Antibiothérapie

IV

Actif sur anaérobies

Probabiliste, secondairement adaptée aux prélèvements

Augmentin® + aminoside ou C3G + Flagyl®

6 semaines

3-Evacuation du pus

Ponction, lavage, drainage (Bétadine® + sérum phy)

Prélèvements bactériolo-

Fibrinolytiques si cloisonnement

4-Traitement de la porte d'entrée et de tous foyers infectieux

5-Kinésithérapie respiratoire +++

6-Surveillance

TUMEURS BRONCHIQUES

Traitement spécifique

Non à petites cellules : chirurgie

A petites cellules : radiothérapie, poly-chimiothérapie, radiothérapie cérébrale prophylactique

Traitement symptomatique : kiné

Surveillance à vie

1-Traitement spécifique

Non à petites cellules	A petites cellules
<u>Localisé opérable (I à IIIa) :</u> <ul style="list-style-type: none">-Chirurgie-Lobectomie / pneumectomie-Curage ganglionnaire-Anapath	<u>Localisé (1 champ) :</u> <ul style="list-style-type: none">-Radiothérapie thoracique-Poly-chimiothérapie avec sels de platine-Radiothérapie cérébrale prophylactique si rémission au niveau thoracique
<u>Localisé inopérable (IIIb) :</u> <ul style="list-style-type: none">-Radiothérapie-Poly-chimiothérapie avec sels de platine	<u>Disséminé (> 1 champ) :</u> <ul style="list-style-type: none">-Poly-chimiothérapie palliative
<u>Disséminé (IV) :</u> <ul style="list-style-type: none">-Poly-chimiothérapie palliative	

2-Traitement symptomatique

Antalgiques

Kinésithérapie respiratoire

Prévention de **décubitus** et de la décompensation des tares

3-Règles hygiéno-diététiques

Renutrition

Réhydratation

Arrêt du tabac si curatif (pas d'arrêt si palliatif)

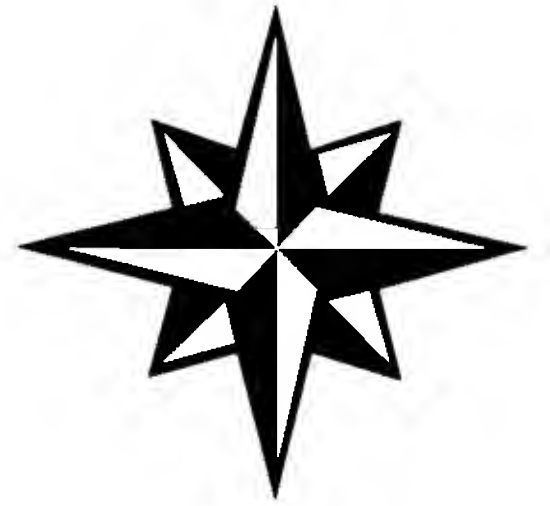
4-Triade du cancer

Psychothérapie de soutien

100% +/- exonération du ticket modérateur

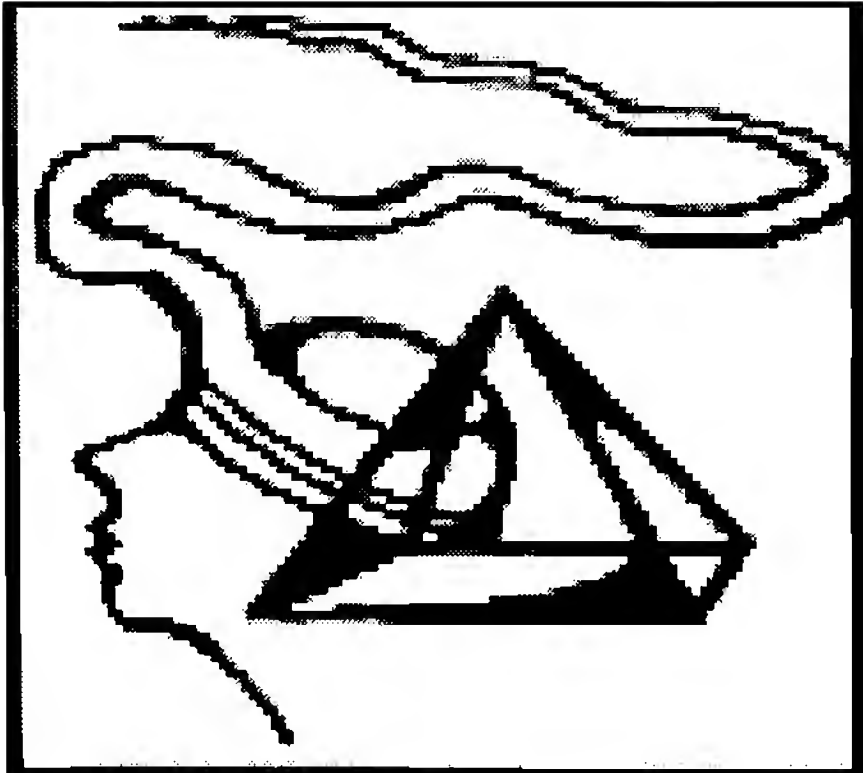
Association de malade

5-Surveillance à vie



1

PSYCHIATRIE



PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

ACCES MANIAQUE

A court terme : sous contrainte si nécessaire ; hydrater ; lithium : doses progressives, NLP sédatif, Haldol® ; psychothérapie

A long terme : Théralite® : adapter la posologie ; psychothérapie ; arrêt de travail

ACCES MELANCOLIQUE

Prévention du risque suicidaire

ATD tricyclique (Anafranil®), Tercian®

ÉPISODE DEPRESSIF MAJEUR

ATD inhibiteur de recapture de la sérotonine

TRAITEMENT DE FOND PAR LITHIUM

Théralite®, lithétémie, augmentation progressive (0,6 à 0,9 mEq/L)

Contraception systématique

I-ACCES MANIAQUE

A court terme	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgence, hospitalisation en psychiatrie -Sous contrainte si nécessaire -Sauvegarde de justice si nécessaire -Mettre en pyjama pour éviter les fugues <p>2-Hydrater le patient, renutrire</p> <p>3-Traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lithium (Théralite® 250 mg) : doses progressives -NLP sédatif (Tercian® 25 mg) : 3 cp/j en cure courte -Stilnox® : 1 cp au coucher -Haldol® (5 mg) : 1 cp x 3/j si délire <p>4-Psychothérapie de soutien (patient et famille)</p> <p>5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement (pouls, TA, T°, excitation psychomotrice)</p>
A long terme	<p>1-Traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Théralite® : adapter la posologie à la lithétémie (0,6 à 0,9 meq/L) -Imovane® : 1 cp au coucher jusqu'à la disparition de l'insomnie -Contraception : car lithium CI durant la grossesse <p>2-Psychothérapie de soutien, analytique</p> <p>3-Arrêt de travail (repos)</p> <p>4-Education (ttt, reconnaître début de l'accès)</p> <p>5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement : (urée, créat, TSHus, ECG)</p>

II-ACCES MELANCOLIQUE

1-Mise en condition

Urgence. hospitalisation en psychiatrie
Prévention du risque suicidaire
Renutrition, réhydratation

2-Traitement médicamenteux

ATD tricyclique (Anafranil® x amp de 25 mg + 250 mL de G5%)
1 amp à J1, ..., 5 amp à J5 puis relais per os
En l'absence de CI
Tercian® (neuroleptique sédatif, cp de 25 mg) : 3 cp/j
Théralène® : 20 gt au coucher le soir

3-Electro-convulsivothérapie si échec ou CI tricycliques, ou si délire

4-Psychothérapie de soutien, analytique

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Humeur (virage maniaque), pouls, TA, T° et risque suicidaire (levée d'inhibition)

III-EPISEDE DEPRESSIF MAJEUR

1-Hospitalisation en fonction du contexte et du risque suicidaire

2-Traitement médicamenteux

- ATD inhibiteur de recapture de la sérotonine (Deroxat®) 6 mois si 1^{er} épisode
- Hypnotique (Imovane®)

3-Psychothérapie (soutien, analytique...)

4-Education (maladie, récurrence, tt)

5-Surveillance (thymie, virage maniaque, risque suicidaire, tolérance)

IV-TRAITEMENT DE FOND PAR LITHIUM

1-En l'absence de CI : « lithium »

Loufoque : observance
Insuffisance : rénale, hépatique ou thyroïdienne
Test de lithémie oublié
Hyponatrémie et régime désodé
Insuffisance cardiaque ou trouble du rythme
Urine : salidiurétique
Maternité : enceinte

2-Après bilan pré-thérapeutique : « ictère »

Iono, NFS, VS, glycémie
Cœur : ECG, radio de thorax
TSHus, T4
Enceinte : β-HCG
Rénal : urée, créat, BU, prot des 24 h
EEG

3-Modalité du traitement

Théralite® (cp de 250 mg) : 1 cp mat et soir durant 3 j
Dosage de la lithémie le 5^{ème} jour
Augmentation progressive de 1/2 cp
Avec lithémie 5 j après chaque modification
Jusqu'à obtention d'une lithémie efficace (0,6 à 0,9 mEq/L)

4-Contraception systématique

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Lithémie/3M, créat/6M, T4 et TSHus/A (RMO)

BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

Hospitalisation sous contrainte

Éliminer organicité

NLP anti-productif et sédatif, hypnotique, puis relais

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en psychiatrie

Sous contrainte si nécessaire

Sauvegarde de justice si nécessaire

Prévention du risque suicidaire

2-Après bilan clinique et paraclinique (bio, scan, toxiques et VIH)

Éliminer une **organicité**

Retentissement organique

3-Traitement médicamenteux

NLP anti-productif (Zyprexa® 20 mg/j) et sédatif (Loxapac®) PO si possible

Hypnotique (Imovane®)

Puis relais par Zyprexa® PO seul 1 an

4-Psychothérapie de soutien

5-Surveillance de la tolérance (sd malin) et de l'efficacité du traitement

ANOREXIE MENTALE GRAVE

Réalimentation, rééquilibration hydro-sodée

Contrat de poids avec la patiente : sur BMI, séparation stricte de la famille rééducation alimentaire

Psychothérapie

Surveillance quotidienne : pesées surprises, ionogramme

Suivi au long-cours

1-Mise en condition

Hospitalisation en psychiatrie

Mesure de placement si nécessaire

Réhydratation et rééquilibration hydro-sodée

Gavage gastrique si amaigrissement massif avec risque vital

Prévention risque suicidaire

2-Contrat de poids avec la patiente

Surveillance sur BMI

Séparation stricte de la famille et des amis

Etablir des objectifs

Rééducation alimentaire

3-Psychothérapie

Individuelle de soutien

Entretien avec la famille

Analytique

Cognitivo-comportementale

Amélioration des liens sociaux

4-Surveillance quotidienne

Clinique : **pesées surprises**, thymie, risque suicidaire, TA

Biologique : iono et bilan rénal

5-Suivi au long-cours en ambulatoire

ETAT D'AGITATION AIGUE

Contention physique

Neuroleptique sédatif : Loxapac[®], IM, 2 amp de 50 mg

Traitement étiologique

1-Contention physique

2-Neuroleptique sédatif

Loxapac[®] (loxapine)

Par voie parentérale IM

2 amp de 50 mg

3-Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

4-Traitement étiologique dans un second temps

CRISE D'ANGOISSE AIGUE

Eliminer une étiologie organique

Au calme ; rassurer

Tranxene[®] 50 mg per os 1/2 cp

Retour au domicile après la crise

1-Eliminer une étiologie organique

2-Mise en condition

Isolement au calme

Ne pas hospitaliser (si aucun signe de gravité)

Rassurer

3-Traitement médicamenteux (si échec réassurance)

Tranxene[®] 50 mg per os 1/2 cp

Ou Tranxene[®] 50 mg IM : 1/2 amp (si agitation)

4-Dans un 2^{ème} temps

Evaluation d'un trouble psychopathologique

Retour au domicile après la crise

Suivi ultérieur par un psychiatre

PSYCHOSE PUERPERALE

Éliminer une organicité
Arrêt de l'allaitement, séparation mère-enfant
Traitements médicamenteux neuroleptiques : Soltan®, Tercian®
Psychothérapie : réintroduction progressive mère-enfant
Prise en charge de l'enfant (maltraitance)

1-Éliminer une organicité (thrombophlébite)

2-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en psychiatrie
Arrêt de l'allaitement (neuroleptique)
Séparation mère-enfant

3-Traitements médicamenteux neuroleptiques

Soltan® (200 mg) : 3 cp/j (anti-productif)
Tercian® (25 mg) : 3 cp/j (sédatif)

4-Psychothérapie

Individuelle de soutien sur relation mère-enfant
Réintroduction progressive mère-enfant

5-Prise en charge de l'enfant (maltraitance)

AUTISME DE L'ENFANT

Éliminer une étiologie organique (surdité ?)
Prise en charge multidisciplinaire :
Psychothérapie institutionnelle : orthophonique, psychomotrice
Psychothérapie de soutien à la famille
Sociothérapie : 100%, CDAPH, établissement spécialisé

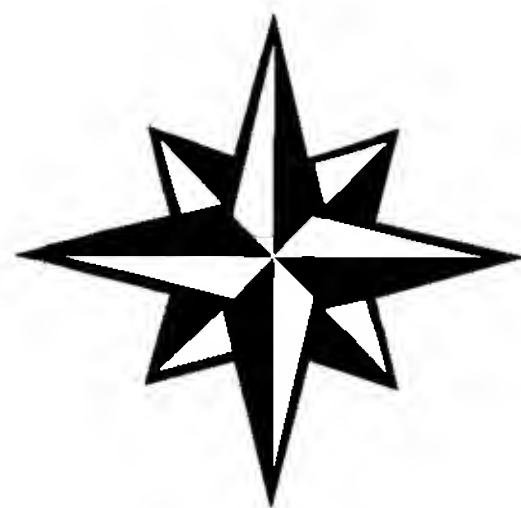
1-Éliminer une étiologie organique (surdité ?)

2-Prise en charge multidisciplinaire

Psychothérapie institutionnelle	-Éducative -Rééducation orthophonique -Rééducation psychomotrice -Guidance parentale
Psychothérapie de soutien à la famille	-
Sociothérapie	-Prise en charge à 100% -Allocation d'éducation spécialisée (délivrée par la CDAPH) -Orientation vers un établissement spécialisé

3-Traitement médicamenteux (rarement)

4-Suivi au long-cours



RHUMATOLOGIE



GOUTTE

ACCES GOUTTEUX

Colchicine + Immodium®

TRAITEMENT DE FOND

Traitement étiologique

Régime hypo-uricémiant

Allopurinol (Zyloric®)

Diurèse alcaline

I-ACCES GOUTTEUX

1-Colchicine + Immodium®

3 cp 1 j, 2 cp 1 j, puis 1 cp/j pdt 10 j

2-Mesures physiques

Repos articulaire, arceau

Vessie de glace

Prévention des complications de décubitus

3-Surveillance

Efficacité : douleurs

Tolérance : nausées, vomissements

Revoir le patient pour éducation, régimes et éventuel traitement de fond

II-TRAITEMENT DE FOND

1-Traitement étiologique d'une goutte secondaire

2-Régime hypo-uricémiant

A vie

Limiter les aliments riches en purines (volaille, abats, gibiers...)

Limiter les lipides

Arrêt de l'alcool

Pas de médicaments hyperuricémiants

Education, information

3-Allopurinol (Zyloric®)

Indications : goutte chronique (triade tophus, arthropathie et néphropathie), accès goutteux fréquents malgré RHD

Type : inhibiteur de la xanthine oxydase

Mise en place : à distance d'un accès avec colchicine le 1^{er} mois

Adapté : à l'uricémie et à la fonction rénale

En l'absence de CI : IR et lithiase rénale

4-Diurèse alcaline

2,5 L

Vichy® + eau plate

5-Traitement de pathologies associées (syndrome X) : diabète, dyslipidémie

6-Surveillance du traitement

Efficacité : accès aigu, goutte chronique et uricémie

Tolérance : allergie, hépatopathie, cytopénie

FDRCV

CHONDROCALCINOSE

Traitement étiologique
Repos, AINS

1-Traitement étiologique

Hyperparathyroïdie
Hémochromatose

2-Traitement physique

Repos de l'articulation

3-Traitement médicamenteux

AINS

4-Surveillance

ALGODYSTROPHIE

Traitement étiologique et arrêt des facteurs favorisants

Biphosphonates

Mise en décharge du membre !!!

Arrêt kinésithérapie en phase chaude !!!

1-Traitement étiologique et arrêt des facteurs favorisants

2-Antalgiques

- Paracétamol
- Calcitonine :
A visée antalgique
Arrêt si inefficace à 2 semaines

3-Traitement de fond :biphosphonates

4-Mise en décharge du membre !!!

5-Traitement physique : kinésithérapie et balnéothérapie

Arrêt en phase chaude
Indolore !!!
Progressive

6-Prise en charge psychologique

Psychothérapie
Médic (selon)

7-Surveillance

SPONDYLODISCITE

Antibiothérapie !!!

Traitement de la porte d'entrée (endocardite)

Corset plâtre

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation (arrêt de travail au décours)

Antalgiques

2-Antibiothérapie !!!

Double, bactéricide, synergique, parentérale, à bonne diffusion osseuse, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, en urgence débutée après les prélèvements, prolongée

Fluoroquinolone + rifampycine : IV = 3 sem

Relais PO pour 3 M

3-Traitement de la porte d'entrée (penser à l'endocardite)

4-Traitement physique

Suppression de l'appui, repos au lit !!!

Immobilisation par **corset plâtré** !!!

Kiné

5-Surveillance

Clinique : T°, rachis, auscultation cardiaque, mollets

Paraclinique : NFS, VS, CRP, radio

NB :

Abcès para-vertébral : ponction sous scopie ou drainage chirurgical

Compression médullaire par tassement vertébral : urgence + corticoïdes IV + neurochirurgie (décompression)

Corset plâtre si : atteinte au-dessus de L4/L5 ± risque d'instabilité vertébrale

ARTHRITE

Antibiothérapie

Traitement de la porte d'entrée (endocardite)

Arthrotomie de lavage (pas systématique)

1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation (arrêt de travail au décours)

Antalgiques

HBPM si immobilisation du MI

2-Antibiothérapie !!!

Double, bactéricide, synergique, parentérale, à bonne diffusion osseuse, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, en urgence débutée après les prélèvements, prolongée

Péni M + gentamycine : IV

Relais PO à normalisation de la CRP, pour 4-6 S

3-Traitement de la porte d'entrée (penser à l'endocardite)

4-Arthrotomie de lavage (pas systématique)

5-Traitement physique

Décharge de l'articulation

Immobilisation par attelle !!!

Kiné

6-Surveillance

Clinique : T°, épanchement, douleur, rougeur, chaleur, amyotrophie, auscultation cardiaque, mollets

Paraclinique : NFS, VS, CRP, radio, ponction articulaire selon

NB :

Gonocoques : rocéphine 10 j + tétrade des MST (recherche autres MST, traitement des partenaires, rapports protégés, éducation et information de la patiente)

COXARTHROSE

Economie articulaire ; kiné

AASL ; antalgiques

Traitement chirurgical à discuter : chirurgie préventive ; prothèse totale de hanche

1-Traitement physique

Education de la patiente pour **économie articulaire** : repos, régime si surpoids, sport limité et non traumatique, béquillage avec canne du côté sain, adaptation du poste de travail

Kiné douce : apprentissage du pas simulé, auto-rééducation, rééducation musculaire et proprioceptive, lutte contre le fessum

Balnéothérapie

2-Traitement médicamenteux

Traitement de fond : discuter des **AASL** (anti-arthrosique symptomatique d'action lente : type Chondrosulf®)

Traitement des poussées congestives : **antalgiques**, AINS, infiltration de corticoïdes (ou injection d'acide hyaluronique), décharge

3-Traitement chirurgical

Chirurgie préventive dans une dysplasie coxo-fémorale :

Insuffisance cotyloïdienne pure : butée cotyloïdienne

Coxa valga : ostéotomie de varisation

Chirurgie curative :

Indice de Lequesne ≥ 12 : arthroplastie par **prothèse totale de hanche**

4-Education de la patiente si PTH

Mesures spécifiques les deux premiers mois

Economie prothétique permanente

Complications : descellement, infection, luxation

Prévention d'une luxation : pas de flexion + adduction + rotation interne

Prévention d'une infection : traitement précoce de toute infection, pas d'IM homolatérale

5-Surveillance

Clinique : douleurs, EVA, quantité d'antalgiques, **périmètre de marche**, indice algo-fonctionnel de **Lequesne**, poussées inflammatoires, reprise de l'éducation de la patiente

Paraclinique : Rx de hanches bilatérales et comparatives

OSTEONECROSE ASEPTIQUE

Traitement étiologique et arrêt des facteurs de risque
Décharge : kiné
Déclaration de maladie professionnelle n°29 (selon)
Surveillance controlatérale

1-Traitement étiologique et arrêt des facteurs de risque (+ alcool = prév du DT)

2-Traitement physique

Décharge de l'articulation

Kiné = apprentissage du pas simulé

3-Traitement médicamenteux

Antalgiques

AINS

4-Traitement chirurgical

Préventif = discuter le forage biopsique

Curatif = PTH au stade évolué

5-Déclaration de maladie professionnelle n°29 (selon)

6-Surveillance (controlatérale)

MALADIE DE PAGET

Anti-ostéoclastiques : biphosphonates

1-Mise en condition

Hospitalisation courte

Pas d'immobilisation prolongée (risque hypercalcémie)

2-Anti-ostéoclastiques : biphosphonates

Indications : risque fracturaire ou neurologique, douleurs liées à une poussée évolutive

Type : Skénid® (tiludronate) per os pour 6 mois

3-Traitement à discuter

Antalgiques et AINS si poussées évolutives

Chirurgie si complications

4-Surveillance

Clinique : douleurs, complications, dégénérescence sarcomateuse

Radiologique : /an

Biologique : PAL (ostéoblastes), hydroxyprolinurie des 24 H (ostéoclastes)

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Traitement étiologique !!!

Infiltration de corticoïdes

Section du ligament annulaire antérieur du carpe ; neurolyse du nerf médian

Mesures socioprofessionnelles

1-Traitement étiologique !!!

2-Traitement physique

Mise au **repos** du poignet

Attelle de repos nocturne

3-Traitement médical

Antalgiques (EVA)

Infiltration de corticoïdes du canal carpien

4-Traitement chirurgical

Indications :

Echec de 3 infiltrations

Récidive rapide après traitement

Dénervation à l'EMG

Déficit moteur

Type :

Section du ligament annulaire antérieur du carpe

Neurolyse du nerf médian

5-Mesures socioprofessionnelles

Arrêt de l'activité professionnelle

Maladie professionnelle n°57

Reclassement socioprofessionnel

6-Surveillance

POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Traitement de fond médical en fonction du stade

Méthotrexate[®], Novatrex[®]

Effets secondaires : pneumopathie interstitielle immuno-allergique

Surveillance : β -hCG, NFS, plaquettes, BHC, Urée, créat

Mise en place : en l'absence de CI, contraception, acide folique, doses progressives, 5 mg à 15 mg/sem, pneumopathie

I-PRINCIPE THERAPEUTIQUE

1-Traitement médicamenteux à disposition

Après bilan pré-thérapeutique

Agressif d'emblée

En l'absence de CI

Type :

Traitement sympt.	Traitement de fond			
	Doute diagnostique	Bénin intermédiaire	Sévère	Réfractaire
-Antalgiques -AINS -Corticoïdes (dose min. efficace)	Plaquenil [®]	Méthotrexate [®]	Méthotrexate [®] (+/- anti-TNF)	Anti-TNF + Méthotrexate [®]

2-Traitement physique

Rééducation par kiné

Crénothérapie

Ergothérapie

(Chirurgie à un stade évolué)

3-Mesures psychosociales

ALD : 100%

Arrêt de travail quand poussée

Prise en charge psychologique

4-Surveillance

Clinique :

Efficacité = Score du DAS28 +++, indice de Ritchie, réveils nocturnes, dérouillage matinal, indice de synovites, EVA, quantité d'antalgiques

Tolérance = (MTX = toux, dyspnée, cutané, ulcération buccale)

Complications

Paraclinique :

Efficacité = NFS, VS, CRP, Rx

Tolérance = (MTX : NFS, BHC, plaquettes)

II-PRECISIONS SUR LES THERAPEUTIQUES ACTUELLES

	Effets secondaires	Surveillance	Mise en place
Hydro-chloroquine Plaquenil®	-Rétinopathie -Toxidermie -Agranulocytose	-ERG -NFS, plaquettes	
Méthotrexate® III Novatrex®	-Hépatique -Pneumopathie interstitielle immuno- allergique -Agranulocytose	-β-hCg -NFS, plaquettes -BHC -Urée, créat	-PO ou IM -En l'absence de CI (grossesse, IHC, IR, cytopénie, infections) -Contraception -Acide folique -Doses progressives 5 mg à 15 mg/sem -Arrêt du traitement : toxicité hémato, ASAT ≥ 3N, pneumopathie
Anti-TNF Rémicade®	-Agranulocytose -Tuberculose	-NFS, plaquettes -Rx de thorax -IDR	-IV -En l'absence de CI (néoplasie ou infection évolutive, ATCD de tuberculose non traitée, grossesse)

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

Traitement médicamenteux

Traitement physique : kinésithérapie, règles hygiéno-diététiques

Mesures socioprofessionnelles et psychologiques

1-Traitement médicamenteux

Des poussées :

AINS +++ dont pyrazolés (en 2^{ème} ou 3^{ème} intention)

De fond :

RCH et Cronh = Salazopirine®

Psoriasis = Méthotrexate®

Arthrite réactionnelle = atb (selon), éducation MST (selon)

SPA = anti-TNF

Infiltration de corticoïdes

2-Traitement physique

Kinésithérapie, musculation, crénothérapie

Règles hygiéno-diététiques : repos, dormir sur un plan dur, talonnette

Natation sur le dos

3-Mesures socioprofessionnelles et psychologiques

ALD 100% dans les formes évoluées

Reclassement socioprofessionnel selon

Prise en charge psychologique

4-Surveillance

Clinique : douleurs ulcéreuses, fréquence des poussées, consommation d'antalgiques, enraidissement (taille, indice de Schröber, ampliation thoracique, distance occiput-mur et menton-sternum), **hanche**

Paraclinique : VS, rénal

NB : il existe de nouveaux indices :

BASDAI (indice d'activité de la maladie)

BASFI (indice fonctionnel)

MALADIE DE HORTON

Urgence

Corticothérapie

Mesures associées à la corticothérapie

1-Mise en condition

Urgence médicale, pronostic visuel

Hospitalisation

1 VVP

2-Corticothérapie

3 bolus IV si atteinte oculaire

Traitement d'attaque à 0.7-1 mg/kg/j 1 mois

Sans attendre résultats BAT

Traitement prolongé : 18 mois

Prévention de l'insuffisance surrénale :

Décroissance progressive jusqu'à 5 mg/j

Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois

Test au Synacthène®

Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes

3-Mesures associées à la corticothérapie

Mopral® si besoin

Régime riche en protéines et en potassium

Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé)

Vitamine D + calcium

Biphosphonates

Mintezole : si antillais car anguilliose

Antituberculeux : si antécédent de tuberculose

Traitement des foyers infectieux

Education

4-Surveillance

Efficacité : clinique, ophtalmo et VS

Corticothérapie : poids, TA, NFS, iono, gly, ODM

NB : infection sous corticoïdes :

Etat de stress = risque insuffisance surrénale aiguë

Hospitalisation

Augmenter les corticoïdes

Traitement de l'infection

ANTI-INFLAMMATOIRES NON-STEROIDIENS

1-Contre-indications : « magis »

Médicaments interactions (AVK !!!)

Allergie

Grossesse et allaitement

Insuffisance sévère : hépatique, rénale, cardiaque

Sang : ulcère gastro-duodéal

2-Méthode de mise en place

En l'absence de CI

Recherche d'interactions médicamenteuses : AVK !!!, diurétique, sulfamide hypoglycémiant, IEC, lithium

Fibroscopie digestive haute au moindre doute ulcéreux

Mopral® si : ≥ 65 ans, douleurs épigastriques, UGD évolutif

Surveillance du traitement

3-Effets secondaires

Digestif : UGD, sigmoïdite

Rénal : insuffisance rénale fonctionnelle, néphropathie tubulo-interstitielle, hyperkaliémie

Allergie

Autres : fasciite nécrosante, hépatite, vertiges, cytopénie

CORTICOIDES

Effets secondaires : cutané, obésité, HTA, infections, ostéoporose, insuffisance surrénale, diabète, UGD
Mise en place : régime riche en protéines et en potassium, pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium ;
Vitamine D + calcium ; surveillance

1-Contre-indications : « pudici »

Psychiatrique grave
UGD en évolution
Diabète déséquilibré
Infection sévère évolutive
Cornée : kératite herpétique
Insuffisance cardiaque, HTA

2-Effets secondaires : « corticoïde »

Cutané : vergetures, amincissement
Obésité fascio-tronculaire
Rétention hydrosodée : HTA
Triglycérides augmentés
Infections (tuberculose et anguillulose)
Cataracte et glaucome
Ostéoporose, ostéonécrose aseptique
Insuffisance surrénale
Diabète
Estomac : UGD

3-Mise en place

En l'absence de CI

Mesures associées à la corticothérapie :

Mopral® si besoin
Régime riche en protéines et en potassium
Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium
Vitamine D + calcium
Biphosphonates (si ménoposée ou T-score $\leq -1,5$ DS)
Mintezole : si antillais car anguillulose
Antituberculeux : si antécédent de tuberculose

Prévention de l'insuffisance surrénale :

Décroissance progressive jusqu'à 5 mg/kg/j
Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois
Test au Synacthène®
Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes

Surveillance : poids, TA, NFS, iono, gly, ODM

4-Infection sous corticoïdes

Etat de stress = risque d'insuffisance surrénale aiguë
Hospitalisation
Augmenter les corticoïdes
Traitement de l'infection

PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

Contenu de la prescription médicale : urgent ; « bilan et rééducation de... articulations dans le cadre de... pathologie actuelle » ; contre-indications

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature

Patient : nom, prénom

Lieu, date

+/- Ordonnance à 100%

+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

Caractère urgent

« Bilan et rééducation de... articulations en cause
dans le cadre de... pathologie actuelle »

Le kiné fixe la durée et le nombre de séances

Lieu : domicile, centre, piscine

Buts (en respectant le secret médical)

Contre-indications

Social : 100%, accident du travail

NB : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV

PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

Contenu de la prescription médicale : « bilan orthophonique » ; « avec rééducation si nécessaire » ; « dans le cadre de... »

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature

Patient : nom, prénom

Lieu, date

+/- Ordonnance à 100%

+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

« Bilan orthophonique »

« Avec rééducation si nécessaire »

« Dans le cadre de... »

NB : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV

PRESCRIRE UNE BALNEOTHERAPIE

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature

Patient : nom, prénom

Lieu, date

+/- Ordonnance à 100%

+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

Orientation thérapeutique

Station proposée (la plus proche)

Avec ou sans hospitalisation

Dans le cadre ou non d'une affection de longue durée

Durée : 18 à 21 jours

Le placement en maison d'enfants est prévu

HYPERCALCEMIE

Urgence, scope cardio-tensionnel, hyperhydratation

Traitements hypocalcémiants : biphosphonates IV ; diurèse forcée au Lasilix® avec hyperhydratation (très discutée)

Arrêt des facteurs aggravants

1-Urgence, scope cardio-tensionnel

2-Hyperhydratation

3-Traitements hypocalcémiants

Biphosphonates IV (Arédia®)

Corticoïdes (si myélome, métastase ou sarcoïdose)

Calcitonine (si urgence +++)

Diurèse forcée au Lasilix® avec hyperhydratation (très discutée)

Epuration extra-rénale (en dernier recours)

4-Arrêt des facteurs aggravants

Régime pauvre en calcium

Arrêt des digitaliques

Arrêt de tout traitement hypokaliémiant

5-Traitement étiologique

6-Surveillance (ECG)

LOMBOSCIATIQUE COMMUNE

Type de traitement médico-chirurgical : discectomie ; antalgiques, AINS, myorelaxants ; infiltration épidurale de corticoïdes ; corset en résine 1 mois
Traitement des facteurs favorisants : réduction de la surcharge pondérale ; travail

1-Type de traitement médico-chirurgical

Signes de gravité :	Absence de signes de gravité	
-Paralysante (déficit ≤ 3) -Syndrome de la queue-de-cheval -Hyperalgique		
-Urgence neurochirurgicale -Hospitalisation, mise en condition -Bilan : TDM, IRM, pré-opératoire -Traitement neurochirurgical : décompression laminaire et discectomie -Kinésithérapie	J 0	-Bilan : aucun -Ambulatoire, repos au lit, arrêt de travail - Antalgiques, AINS, myorelaxants -Consulter à J5 et plus tôt si signes de gravité -Kinésithérapie
	Echec à 6 sem	-Bilan : Rx rachis lombaire face et profil + centré sur L5-S1 - Infiltration épidurale de corticoïdes - Corset en résine 1 mois -Kinésithérapie
	Echec	-Hospitalisation, mise en condition -Bilan : TDM, IRM, pré-opératoire -Traitement neurochirurgical : décompression et discectomie -Kinésithérapie

Echec du traitement chirurgical à distance :

- Bilan : IRM
- Deux étiologies :
 - . Fibrose péri-nerveuse post-chirurgicale (chronique : antidépresseurs, aigu : antiépileptiques)
 - . Récidive de la hernie (traitement neurochirurgical)

2-Kinésithérapie (prescription médicale)

20 séances de rééducation fonctionnelle lombaire

Après régression durable des phénomènes douloureux

A type de :

- Gymnastique rachidienne lombaire
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Rééducation proprioceptive
- Hygiène rachidienne
- Tonification musculaire = abdominaux et para-vertébraux
- Correction de troubles de la statique

3-Traitement des facteurs favorisants

Réduction de la surcharge pondérale

Education du patient

Adaptation de poste de travail

Eventuelle déclaration d'accident du travail

4-Surveillance



SANTE PUBLIQUE



BASE THEORIQUE MEDICAMENTEUSE

RELATION DOSE/EFFET

Dose : relation dose/effet : pharmacocinétique ; relation concentration/effet : pharmacodynamie

INTERACTION MEDICAMENTEUSE

Inducteur enzymatique : effets : inactive

Inhibiteur enzymatique : effets : potentialise

Médicaments liés à l'albumine : effets : potentialise le médicament ayant le moins d'affinité avec l'albumine

JUSTIFICATION D'UN ACCIDENT MEDICAMENTEUX

Critères d'imputabilité intrinsèque : chronologique, sémiologique, absence d'autre cause

Critères d'imputabilité extrinsèque (bibliographie)

AFFECTIONS IATROGENIQUES

Médicaments concernés : AVK, AINS

Matériel concerné : gestes invasifs (= infection nosocomiale), KT central (= pneumothorax)

Facteurs de risque de iatrogénie : âge élevé, insuffisance rénale ou hépatocellulaire, ≥ 4 médicaments, interaction médicamenteuse

I-RELATION DOSE/EFFET

Dose	-Quantité -Fréquence -Mode d'administration
Relation dose/effet : Pharmacocinétique	-Résorption -Distribution -Métabolisme -Élimination
Relation concentration/effet : Pharmacodynamie	

II-INTERACTION MEDICAMENTEUSE

	Inducteur enzymatique	Inhibiteur enzymatique	Médicaments liés à l'albumine
Effets	Inactive le médicament	Potentialise le médicament	Potentialise le médicament ayant le moins d'affinité avec l'albumine
Exemples	Griséofulvine Rifampicine Alcool Barbiturique Hydantoïnes Carbamazépine	Kétoconazole Allopurinol Lipavlon IMAO® Cimétidine	Phénylbutazone AINS/aspirine AVK Sulfamide

III-JUSTIFICATION D'UN ACCIDENT MEDICAMENTEUX

1-Critères d'imputabilité intrinsèque

Chronologique : début, arrêt, délai

Sémiologique

Absence d'autre cause

2-Critères d'imputabilité extrinsèque (bibliographie)

IV-AFFECTIONS IATROGENIQUES

Médicaments concernés	-AVK (= hémorragie) -AINS (= UGD) -Sulfamide hypoglycémiant (= hypoglycémie) -Biguanide (= acidose lactique) -Digitalique (= intoxication) -Antibiotique (= toxiémie médicamenteuse)
Matériel concerné	-Gestes invasifs (= infection nosocomiale) -KT central (= pneumothorax) -Point de ponction (= hématome) -SNG (= pneumopathie de déglutition)
Facteurs de risque de iatrogénie	-Age élevé (baisse du volume d'eau corporelle) -Insuffisance rénale ou hépatocellulaire -≥ 4 médicaments -Interaction médicamenteuse -Antécédent de iatrogénie -Polypathologie -Observance du traitement

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPIDEMIE

Confirmer l'épidémie
Alerter les autorités sanitaires
Traiter les sujets concernés
Mesures préventives
Compléter l'enquête épidémiolo
Contrôler l'épidémie

Confirmer l'épidémie	-Confirmer le diagnostic -Recenser les cas, identifier les cas urgents -Confirmer le caractère épidémique -Identifier le type de transmission
Alerter les autorités sanitaires	-
Traiter les sujets concernés	-
Mesures préventives	-Traitement de la source -Isolement/évacuation scolaire et traitement des sujets -Prophylaxie des contacts
Compléter l'enquête épidémiolo	-Enquête cas/témoins -Calcul du taux d'attaque -Recherche d'autre cas similaire
Contrôler l'épidémie	Dispositif de surveillance

PREVENTION DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES

Médicale : limiter les indications et la durée de sondage ; pas d'antibiotique en systématique ; CLIN

Paramédicale : stérile ; drainage clos des urines ; toilette

Personnelle : boissons abondantes

1-Médicale

Limitier les indications et la durée de sondage

Pas d'antibiotique en systématique

CAT précise en cas d'infection

Déclaration au CLIN des infections nosocomiales

2-Paramédicale

Hygiène des mains et pose stérile

Drainage clos des urines

Toilette journalière (sonde et méat)

Ne pas laisser traîner le sac à terre

Changer le sac si détérioré

Ne pas clamber avant ablation

3-Personnelle

5- Boissons abondantes

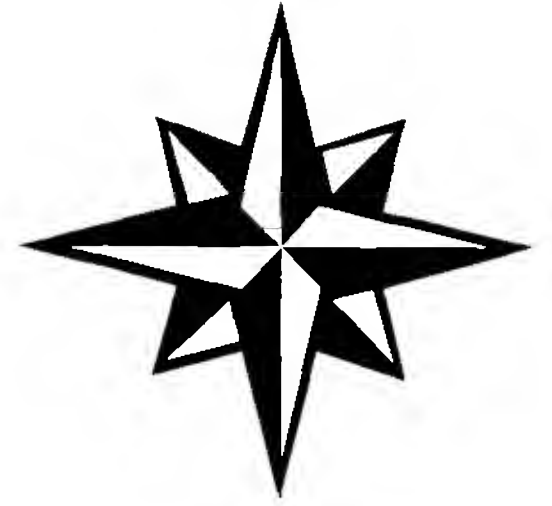
4-Surveillance régulière clinique

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX : CAT EN CAS DE CANICULE

Conseils individuels : intérieur, climatisé, ombre, vêtements clairs, bains frais, boire, alimentation

Conseils collectifs : aider, prendre régulièrement de leurs nouvelles

Conseils individuels	1-Rester à l'intérieur/éviter de sortir 2-2 à 3 h par jour minimum dans un endroit climatisé 3-Rester à l'ombre si vous sortez 4-Vêtements clairs et chapeau 5-Douches et bains frais 6-Boire au moins 1,5 à 2 l par jour 7-Pas d'alcool/pas de boisson caféinée 8-Alimentation solide/fruits 9-Eviter les activités avec dépense d'énergie trop importante
Conseils collectifs	1-Aider les personnes dépendantes 2-Prendre régulièrement de leurs nouvelles



STOMATOLOGIE



—

FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES

CARIE

Curatif : éliminer la dentine cariée ; obturer la cavité détergée par une pâte

Préventif : brossage pluri-quotidien ; hygiène alimentaire ; détartrage

PULPITE AIGUE / DESMODONTITE AIGUE

Pulpite : pulpectomie totale ; obturation secondaire par pâte

Desmodontite aiguë : traitement conservateur si possible : trépanation de la dent et de la chambre pulpaire, drainage et exérèse des tissus nécrosés ; antibiothérapie

CELLULITE DENTAIRE

Antibiothérapie intra-veineuse

Traitement étiologique par extraction de la dent causale, drainage de l'abcès, excision des tissus nécrosés, désinfection et lavage

I-CARIE

Curatif	1-Éliminer la dentine cariée 2-Obturer la cavité détergée par une pâte 3-Surveillance 4-Education sur les mesures préventives
Préventif	1-Brossage pluri-quotidien pour éliminer la plaque dentaire 2-Utilisation d'un fil dentaire 3-Hygiène alimentaire (pas de sucre entre les repas) 4-Détartrage tous les 6 mois 5-Dépistage des caries et traitement

II-PULPITE AIGUE / DESMODONTITE AIGUE

Pulpite aiguë	1-Urgence dentaire 2-Dévitalisation de la dent concernée : - Trépanation de la dent et de la chambre pulpaire - Pulpectomie totale - Obturation secondaire par pâte 3-Bilan dentaire et traitement d'éventuelles caries associées 4-Surveillance (et éducation sur la prévention des caries)
Desmodontite aiguë	1-Urgence dentaire 2-Traitement conservateur si possible : - Trépanation de la dent et de la chambre pulpaire - Drainage et exérèse des tissus nécrosés - Désinfection des canaux - Obturation secondaire par pâte - Traitement radical par extraction dentaire si échec 3-Antibiothérapie 4-Surveillance (et éducation sur la prévention des caries)

III-CELLULITE DENTAIRE

1-Mise en condition

Urgence médico-chirurgicale

Hospitalisation, à jeun, bilan pré-opératoire

2-Traitement médical

Arrêt des AINS

Antibiothérapie IV (PeniG + clindamycine)

Antalgiques

Si thrombophlébite : anticoagulation efficace

3-Traitement chirurgical

Sous AG

Prélèvements bactériologiques

Traitement étiologique par extraction de la dent causale

Drainage de l'abcès

Excision des tissus nécrosés

Désinfection et lavage

4-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

LITHIASES SALIVAIRES

NON COMPLIQUEE : HERNIE OU COLIQUE SALIVAIRE Règles hygiéno-diététiques Traitement médical symptomatique à la phase aiguë Traitement chirurgical étiologique à distance si récides
COMPLIQUEE PAR UNE SURINFECTION Antibiothérapie Traitement chirurgical étiologique à distance si récides
TYPES DE TRAITEMENTS CHIRURGICAUX EN FONCTION DES LITHIASES Méthodes : chirurgie endo-buccale (AL) ; chirurgie exo-buccale (AG) ; lithotripsie extra-corporelle Complications nerveuses : facial, lingual, mentonnier

I-NON COMPLIQUEE : HERNIE OU COLIQUE SALIVAIRE

- 1-Règles hygiéno-diététiques (boisson abondante)
- 2-Traitement médical symptomatique à la phase aiguë
 - Sialogogue : Sulfarlem®
 - Antispasmodique : Spasfon®
- 3-Traitement chirurgical étiologique à distance
 - Si récides fréquentes
 - Avec information des risques opératoires
- 4-Surveillance clinique

II-COMPLIQUEE PAR UNE SURINFECTION

- 1-Mise en condition
 - Hospitalisation à discuter
 - Urgence médico-chirurgicale
- 2-Traitement médical
 - Antibiotique (Augmentin®) PO ou IV
 - Sialogogue : Sulfarlem®
 - Antispasmodique : Spasfon®
 - Bains de bouche antiseptiques : Hextril®
- 3-Traitement chirurgical étiologique à distance
 - Avec information des risques opératoires
- 4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

III-TYPES DE TRAITEMENTS CHIRURGICAUX EN FONCTION DES LITHIASES

Méthodes	1-Lithotripsie extra-corporelle 2-Chirurgie endo-buccale (AL) 3-Chirurgie exo-buccale (AG) : <ul style="list-style-type: none">-Exérèse de la glande et du canal excréteur-Prélèvements bactériologiques-Drainage d'une collection purulente	
	Calcul parotidien	-Atteinte du nerf facial
Complications	Calcul sous-maxillaire	-Atteinte du nerf lingual -Atteinte du nerf mentonnier

ADENOME PLEIOMORPHE DE LA PAROTIDE

Patient informé du risque de lésion du nerf facial
Parotidectomie totale conservatrice du facial

1-Patient informé du risque de lésion du nerf facial

2-Traitement chirurgical

Parotidectomie totale conservatrice du facial

Après incision pré-tragienne et dissection du nerf facial

Examen extemporané

Anatomopathologie définitive de la pièce opératoire

3-Soins de la cicatrice

4-Surveillance

TRAUMATISME FACIAL

FRACTURE MANDIBULAIRE NON-CONDYLIENNE

Chirurgical : réduction ; ostéosynthèse ; par plaques vissées

Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 5 à 6 sem ; pince à couper +++

Mesures associées : arrêt de travail

Surveillance clinique et radiologique

FRACTURE MANDIBULAIRE CONDYLIENNE

Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 2 sem ; pince à couper +++

LUXATION ANTERIEURE DE LA MANDIBULE

Réduction en urgence par manœuvre externe de Nelaton

Contrôle radiologique

BLOW OUT FRACTURE (plancher de l'orbite)

Libération du péri-orbite avec désincarcération éventuel du muscle droit inférieur

Reconstruction du plancher orbitaire avec greffon osseux ou plaque de PDS

Test de duction forcée en post-opératoire

I-FRACTURE MANDIBULAIRE NON-CONDYLIENNE

1-Mise en condition

Hospitalisation courte

Traitement d'une asphyxie en urgence

Information au patient du risque de séquelles post-opératoires

Alimentation mixée ou liquide

2-Traitement médical

Antalgique

Anti-inflammatoire

Antibiothérapie si ouverture cutanée

3-Traitement curatif

Chirurgical	Orthopédique
-Réduction	-Blocage inter-maxillaire
-Ostéosynthèse	-Par arcs métalliques
-Par plaques vissées	-5 à 6 sem
	-Pince à couper +++

4-Mesures associées

Kinésithérapie avec rééducation précoce prolongée

Hygiène bucco-dentaire

Arrêt de travail

5-Surveillance clinique et radiologique

II-FRACTURE MANDIBULAIRE CONDYLIENNE

1-Traitement médical

Antalgique

Anti-inflammatoire

Antibiothérapie si ouverture cutanée

2-Traitement curatif

Blocage bi-maxillaire 2 sem

Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 5 à 6 sem ; pince à couper +++

3-Mesures associées

Arrêt de travail

4-Surveillance clinique et radiologique

III-LUXATION ANTERIEURE DE LA MANDIBULE

1-Réduction en urgence par manœuvre externe de Nelaton

Patient assis face au médecin

Tête adossée contre le mur

Les deux mains empoignent la mandibule

Avec les pouces protégés posés sur les molaires

Pression en bas et en arrière en demandant au patient de fermer la bouche

Si échec, réduction sous AG

2-Contrôle radiologique de la réduction

3-Mesures associées

Contention par fronde élastique (10 j)

Alimentation mixée (10 j)

Antalgiques à la demande

4-Traitement chirurgical si récurrences fréquentes

Butée pré-articulaire

5-Surveillance clinique

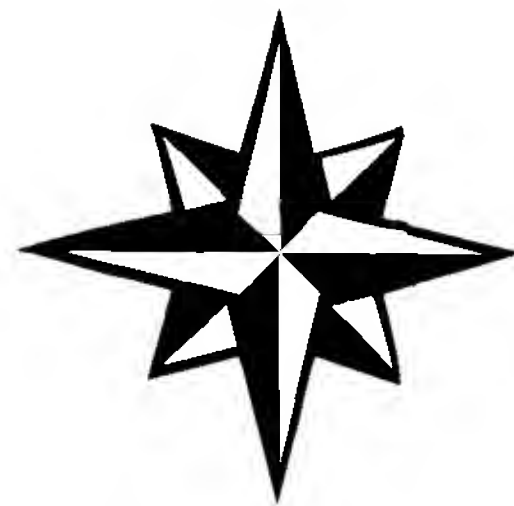
IV-BLOW OUT FRACTURE (plancher de l'orbite)

Traitement chirurgical en urgence :

Libération du péri-orbite avec désincarcération éventuel du muscle droit inférieur

Reconstruction du plancher orbitaire avec greffon osseux ou plaque de PDS

Test de duction forcée en post-opératoire



TOXICOLOGIE



INTOXICATION AUX MEDICAMENTS NON-STUPEFIANTS

ASPIRINE :

Antipyrétique physique, lavage gastrique + charbon activé si intox. < 1 h 30 ; diurèse alcaline ; rénale

PARACETAMOL :

Antipyrétique physique, lavage gastrique + charbon activé si intox. < 1 h 30 ; N-Acétylcystéine : Mucomyst® ; rénale ; vitamine K

BENZODIAZEPINE :

Anexate® : flumazénil

ANTIDEPRESSEUR TRICYCLIQUE :

Lactate de sodium molaire ; SEES si trouble de la conduction ; anticonvulsivants si nécessaire

I-ASPIRINE/PARACETAMOL

Aspirine	Paracétamol
1-Au domicile : -Eliminer une association de toxiques -Transport par SAMU 2-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -LVAS, O2 nasal, ± IVA -1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique -Antipyrétique physique (découvrir) 3-Lavage gastrique + charbon activé si intox. < 1 h 30	
4-Diurèse alcaline -1 l de G5 + 1 l de mannitol + 1 l de HCO3- -Pour avoir un pHu > 8 5-EER si insuffisance rénale 6-Vit. K	4-N-Acétylcystéine : Mucomyst® -IV si charbon activé +++ -Précocement -Si pronostic grave 5-Corriger une insuffisance rénale 6-Vitamine K per os si trouble de la coagulation
-Surveillance clinique, biologique et ECG de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique	

II-BENZODIAZEPINE/ANTIDEPRESSEUR TRICYCLIQUE

Benzodiazépine	Antidépresseur tricyclique
1-Au domicile : -Eliminer une association de toxiques -Transport par SAMU 2-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -LVAS, O2 nasal, ± IVA -1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique 3-Lavage gastrique + charbon activé fct° délai	
4-Anexate® : flumazénil -CI si intoxication aux tricycliques -A doses modérées pour éviter le syndrome de sevrage -Avec dose de charge comme test thérapeutique	4-Perfusion de lactate de sodium molaire si QRS > 0,12 s 5-SEES si trouble de la conduction 6-Anticonvulsivants si nécessaire
-Surveillance clinique, biologique et ECG de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique	

INTOXICATION AUX MEDICAMENTS STUPEFIANTS

MORPHINE

Traitement spécifique : naloxone Narcan®

AMPHETAMINE

Mise en condition : scope cardio-tensionnel

Traitement médicamenteux : Largactil® (chlorpromazine) si agitation, antiépileptiques si crise convulsive, β -bloquants si HTA et/ou ESV

Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

I-MORPHINE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USI

LVAS, oxygénothérapie nasale, voire IVA

1 vvp et perfusion de glucosé

2-Traitement spécifique

Naloxone Narcan® (antagoniste pur)

Par voie IV

Jusqu'à normalisation des volumes respiratoires

3-Surveillance clinique et paraclinique

II-AMPHETAMINE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USI

LVAS, oxygénothérapie nasale, voire IVA

1 vvp et perfusion de glucosé

Scope cardio-tensionnel

2-Traitement médicamenteux

Largactil® (chlorpromazine) si agitation

Antiépileptiques si crise convulsive

β -bloquants si HTA et/ou ESV

3-Prise en charge psychiatrique pour éviter les récives

4-Surveillance

Clinique, biologique et ECG

De la tolérance et de l'efficacité du traitement

5-Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

INTOXICATION AU CO

Au domicile : soustraire de l'atmosphère toxique
Mise en condition
Oxygénothérapie normobare (8 à 10 L/min)
Oxygénothérapie hyperbare si indications
Déclaration de maladie professionnelle et traiter la source
Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

1-Au domicile

Soustraire de l'atmosphère toxique
Transport par SAMU

2-Mise en condition

Urgence, hospitalisation
LVS, ± IVA
1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique

3-Oxygénothérapie normobare (8 à 10 L/min)

4-Oxygénothérapie hyperbare si indications

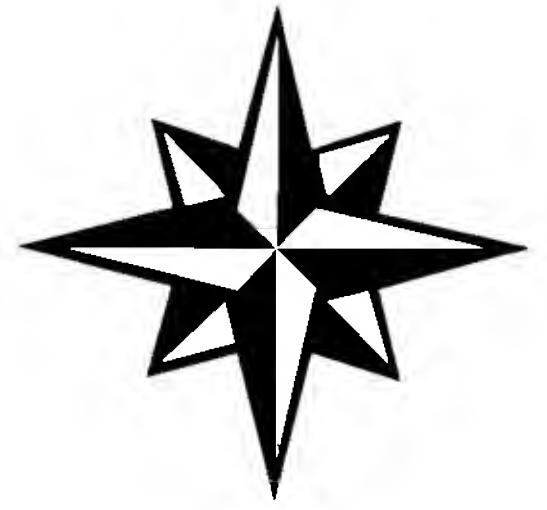
Indications	Bilan pré-thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">-Perte de connaissance-Signes neuro-persistants objectifs-Angor ou trouble du rythme ventriculaire-HbCO > 40%-Terrain : femme enceinte, enfant, sujet âgé	<ul style="list-style-type: none">-Rx de thorax-ECG-Dosage de CO-Examen otoscopique

5-Déclaration de maladie professionnelle et traiter la source

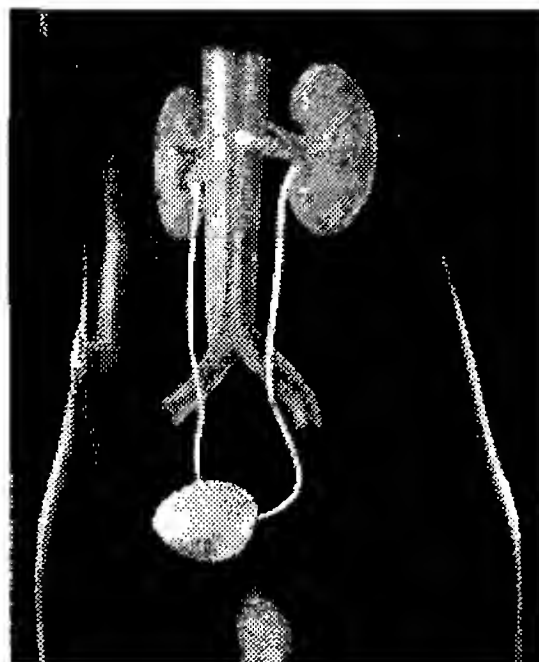
6-Surveillance

Clinique, biologique et ECG
De la tolérance et de l'efficacité du traitement
Education pour prévenir les récives

7-Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique



UROLOGIE



LITHIASES URINAIRES

TRAITEMENT DES LITHIASES

Traitement de la colique néphrétique

Prévention des récurrences par règles hygiéno-diététiques :

Calcique : Volvic®

PAM : coralliforme : Vichy®, alcalinisation des urines, allopurinol

Urrique : antibiothérapie

Traitement curatif chirurgical (selon les indications)

I-RAPPEL SUR LES LITHIASES

Lithiase	Fréquence	Radio	pH	Autre
Calcique	75%	Opaque	Alcalin	-
PAM : coralliforme	15%	Opaque	Alcalin	IU à Proteus Mirabelis
Urrique	8%	Transparent	Acide	-
Cystinique, xanthique	-	-	-	-

II-TRAITEMENT DES LITHIASES

1-Traitement de la colique néphrétique

2-Prévention des récurrences par règles hygiéno-diététiques

Calcique	1-Cure de diurèse : 3 L/j de Volvic® (faible taux de Ca) 2-Mesures diététiques : limiter protéines, sel, sucres rapides, calcium, oxalate (chocolat)
PAM : coralliforme	1-Régime hypopurinique 2-Cure de diurèse alcaline : Vichy® 3-Alcalinisation des urines (selon) 4-Allopurinol si hyperuraturie > 4 mmol/j
Urrique	1-Antibiothérapie contre l'IU 2-Lutte contre le RPM 3-Traitement d'une anomalie urinaire

3-Traitement curatif chirurgical (selon)

Indications selon	1-Siège, taille et composition 2-Anomalie urologique associée 3-Fonction rénale
Types de traitement	1-Lithotripsie extra-corporelle 2-Endoscopie 3-Néphro-lithotomie percutanée 4-Chirurgie à ciel ouvert 5-Abstention

4-Surveillance et éducation du patient

COLIQUE NEPHRETIQUE

SIMPLE :

Pas d'hospitalisation : restriction hydrique, tamisage des urines ; antalgiques, AINS, antispasmodiques ; traitement étiologique

COMPLIQUE :

Hospitalisation : drainage des urines, sonde urétérale, sonde JJ ; antibiotiques si fièvre, antalgique + AINS + antispasmodique ; traitement étiologique

<p>Simple : Pas d'hospitalisation</p>	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgence médicale, 1 vvp -Repos au lit -Restriction hydrique (500 cc/24 h) -Tamisage des urines <p>2-Traitement médical symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antalgiques : Di-Antalvic® 2 gel x 3/j -AINS : Profénid® 1 amp en 30 min -Antispasmodiques : Spasfon® 2 amp en 30 min -Morphine IV : si hyperalgique <p>3-Surveillance</p> <p>4-A distance, traitement étiologique avec règles hygiéno-diététiques</p>
<p>Complicé : Hospitalisation</p>	<p>1-Mise en condition</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgence médico-chirurgicale -Hospitalisation -A jeun <p>2-Traitement chirurgical : drainage des urines</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sonde urétérale (ou) -Sonde JJ (ou) -Néphrostomie percutanée <p>3-Traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antibiotiques si fièvre -Antalgique + AINS + antispasmodique <p>4-Surveillance</p> <p>5-A distance, traitement étiologique avec règles hygiéno-diététiques</p>

Critères d'une CN compliquée :

Fièvre

Anurie

Sur rein unique, femme enceinte, IR

Hyperalgique

HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

TRAITEMENT DE L'HBP

Règles hygiéno-diététiques

Traitement médical en 1^{ère} intention : Inhibiteur de la 5 α -réductase ou α -bloquants

Traitement chirurgical si indications :

Indications : patient gêné par son prostatisme, résidu mictionnel > 100 cc, retentissement réno-vésical, RAU ou IU récidivantes, débit urinaire < 5 mL/s, hématurie

Type de traitement :

< 60 g : résection trans-urétrale de prostate

> 60 g : adénectomie

I-TRAITEMENT DE L'HBP

1-Règles hygiéno-diététiques

Limiter alcool et épices

CI aux anticholinergiques

Eviter la station assise, sport régulier

Traiter une constipation

2-Traitement médical en 1^{ère} intention

Monothérapie (RMO)

Poids de l'adénome	Traitement	Effets secondaires
< 40 g	Inhibiteur de la 5 α -réductase (Proscar®)	Trouble de la libido
> 40 g	α -bloquants (Xatral®)	-Hypotension orthostatique -Nausées -Vertiges

± Phytothérapie (extraits de plantes à action subjective)

3-Traitement chirurgical si indications

Indications	-Patient gêné par son prostatisme -Résidu mictionnel > 100 cc -Retentissement réno-vésical -RAU ou IU récidivantes -Débit urinaire < 5 mL/s -Hématurie	
Type de traitement	< 60 g	Résection trans-urétrale de prostate -Après ECBU et ttt d'une IU -Informé de l'éjaculation rétrograde et de l'absence de trouble de la libido -Anapath des copeaux -Surveillance des effets secondaires Possibilité d'électro-incision cervico-prostatique si < 30 g (moins d'EI)
	> 60 g	Adénectomie -Après ECBU et ttt d'une IU -Anapath
	CI à la chir	-Sonde à demeure -Endoprothèse de Fabian

4-Surveillance

Clinique : troubles mictionnels, débitmétrie, TR

Paraclinique : PSA, BU, \pm écho vésicale

II-COMPLICATIONS DE LA RTUP

Prévisible = Info au patient	-Ejaculation rétrograde -Pas de trouble de la libido
Peropératoire	-TURP syndrome -Anesthésie -Hémorragie de la loge de résection
Post-opératoire précoce	-IU, abcès, épidididimite -Thromboembolique -Hémorragie de la loge de résection
Post-opératoire tardif	-Dysurie (récidive, sténose urétérale, sclérose du col) -Pollakiurie -Incontinence urinaire -Rétention vésicale chronique

INFECTIONS URINAIRES

REFLUX VESICO-URETERAL ET INFECTIONS URINAIRES

Diagnostic : cystographie rétrograde

Traitement : opération de Cohen

CYSTITE AIGUE

Règles hygiéno-diététiques

Antalgiques et/ou AINS

Antibiothérapie :

Non compliquée : traitement « minute », Uniflox® 1 cp, 1 j

Femme enceinte : traitement « classique », Oroken® 2 cp de 200 mg/j, 5 à 7 j

PYELONEPHRITE AIGUE

Non compliquée : ambulatoire : Oflocef® 2 cp de 200 mg/j, 2 semaines ; diurèse et antalgiques

Compiquée : hospitalisation : fluoroquinolone + aminoside (Nétromicine®), 3 semaines ; drainage des urines infectées si obstacle

PROSTATITE AIGUE

Antibiothérapie : fluoroquinolone (Oflocef®) + aminoside (Nétromicine®), 1 mois

Bains de siège, antalgiques/AINS

Si RAU : drainage par KT sus-pubien

Si suspicion MST : dépistage MST, partenaires, rapports protégés

I-REFLUX VESICO-URETERAL ET INFECTIONS URINAIRES

Diagnostic	Cystographie rétrograde : -A distance de l'épisode infectieux -Après ECBU stérile -En 1 ^{ère} partie de cycle -En l'absence d'allergie à l'iode
Traitement	Opération de Cohen : -Après élimination d'une infection urinaire -Reconstitution du trajet urétéral à travers la paroi vésicale

II-CYSTITE AIGUE

1-Règles hygiéno-diététiques

- 1,5 L d'eau/j minimum
- Mictions régulières et post-coïtales
- Hygiène périnéale et traitement d'une infection génitale
- Régulariser le transit intestinal
- S'essuyer d'avant en arrière
- Eviter le port de pantalon serré
- Œstrogènes d'action trophique chez la femme ménoposée

2-Antalgiques et/ou AINS

3-Antibiothérapie

Non compliquée	-Traitement « minute » -Uniflox® 1 cp -1 j
Femme enceinte	-Traitement « classique » -Oroken® 2 cp de 200 mg/j -5 à 7 j
Récidivante (> 4/an)	-Antibioprophylaxie -Oroken® 1 cp de 200 mg/j (± 1 cp post-coïtal) -6 à 18 mois

4-Surveillance : clinique et BU (± bilan urologique si échec)

III-PYELONEPHRITE AIGUE

Non compliquée : Ambulatoire	1-Ambulatoire 2-Antibiothérapie : -Fluoroquinolone per os -Oflocet® 2 cp de 200 mg/j -2 semaines 3-Cure de diurèse et antalgiques 4-Surveillance : -Clinique : douleurs, T°, fosses lombaires -Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat
Complicquée : Hospitalisation	1-Hospitalisation, mise en condition 2-Antibiothérapie : -Double, bactéricide, synergique par voie parentérale -Après les prélèvements -Fluoroquinolone + aminoside (Nétromicine®) -IV et relais per os après 48 h d'apyrexie -3 semaines 3-Cure de diurèse et antalgiques 4-Surveillance : -Clinique : douleurs, T°, fosses lombaires -Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat 5-Mesures associées : -Drainage des urines infectées si obstacle -A distance, traitement d'une uropathie favorisante
Abcès rénal	1-Drainage de l'abcès : -Percutané sous écho (ou TDM) ou chirurgical -Examen bactériologique avec antibiogramme -± Antibiothérapie locale 2-Traitement classique d'une PNA compliquée

Critères de PNA compliquée :

- 1-Septicémie
- 2-Terrain fragile
- 3-Uropathie
- 4-Rein unique

IV-PROSTATITE AIGUE

1-Mise en condition

Hospitalisation
Repos au lit
Rééquilibration hydro-électrolytique

2-Antibiothérapie

Double, bactéricide, synergique par voie parentérale
Après les prélèvements
Fluoroquinolone (Oflocet®) + aminoside (Nétromicine®)
IV et relais per os après 48 h d'apyrexie
1 mois

3-Traitement symptomatique

Cure de diurèse
Bains de siège
Antalgiques/AINS
α-bloquants si dysurie (ou en systématique)
Laxatifs si constipation

4-Mesures associées

- 6- Si RAU : drainage par KT sus-pubien
- 7- Si suspicion MST : dépistage MST, partenaires, rapports protégés

5-Surveillance

Clinique : douleurs T°, organes génitaux externes
Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat

TORSION DU TESTICULE

Urgence (< 6 h +++)

Patient prévenu du risque d'orchidectomie (autorisation parentale si mineur)

Traitement chirurgical : détorsion ; appréciation de la vitalité testiculaire :

Recoloration : orchidopexie

Noirâtre : orchidectomie

1-Urgence (< 6 h +++)

2-Patient prévenu du risque d'orchidectomie (autorisation parentale si mineur)

3-Traitement chirurgical

Incision scrotale

Détorsion

Appréciation de la vitalité testiculaire :

Recoloration : Consistance Nale	1 ^{er} temps	Orchidopexie homolatérale
	2 ^{ème} temps	Orchidopexie controlatérale
Noirâtre : Nécrosé	1 ^{er} temps	Orchidectomie
	2 ^{ème} temps	Prothèse testiculaire homolatérale Orchidopexie controlatérale

4-Surveillance

RETENTION AIGUE D'URINE

TRAITEMENT GENERAL D'UNE RAU

Drainage des urines en urgence : ECBU ; sondage urétéral ; KT sus-pubien

Mesures préventives : vidange lente et progressive (hémorragie vésicale a vacuo) ; compensation hydrique (sd de levée d'obstacle) traitement étiologique

Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

RAU PAR CAILLOTTAGE INTRAVESICAL

gros œillels ; double courant

I-TRAITEMENT GENERAL D'UNE RAU

1-Drainage des urines en urgence

Sous stricte asepsie

Avec ECBU (et antibiothérapie selon)

Sondage urétéral ou KT sus-pubien selon indications :

Sondage urétéral	KT sus-pubien
-Hématurie/tumeur de vessie -Traitement anticoagulant -Obésité importante -Pontage/chir pelvienne	-Sténose urétérale -Prostatite -Trauma urétéral

2-Mesures préventives

8- Vidange lente et progressive (hémorragie vésicale a vacuo)

9- Compensation hydrique (sd de levée d'obstacle) traitement étiologique

3-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

II-RAU PAR CAILLOTTAGE INTRA-VESICAL

Sonde vésicale à gros œillels

A double courant

Décaillottage et vidange

Lavages et aspirations

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

En 1^{ère} intention : rééducation périnéale

Echec à 3 mois : traitement chirurgical curatif par TVT ; traitement d'un prolapsus

En 1 ^{ère} intention	1-Rééducation périnéale : -Electrostimulation -Biofeedback 2-Cœstrogénothérapie locale (selon)
Echec à 3 mois : Traitement chirurgical	1-Traitement chirurgical curatif : -TVT (pour IUE pure) ou TDT -Sphincter artificiel (si insuffisance sphinctérienne) 2-Traitement d'un prolapsus associé

TROUBLES DE L'ERECTION

Psychothérapie de soutien

Traitement étiologique

Viagra® per os, njection intra-caverneuse de papavérine

1-Psychothérapie de soutien

2-Traitement étiologique

3-Traitement symptomatique

Viagra® per os (en l'absence de CI)

Injection intra-caverneuse de papavérine

Pompe à dépression

4-Traitement chirurgical en dernier recours

Revascularisation

Prothèse pénienne

TUMEUR DE LA PROSTATE

INDICATIONS

< T3, PSA < 20/30 : curatif

≥ T3, N+, PSA > 20/30 : palliatif

TYPES DE TRAITEMENT

Chirurgie :

Modalités : curage obturateur bilatéral ; si N- : prostatectomie radicale, résection vésicules séminales ; anapath

Effets secondaires : impuissance

Radiothérapie ext :

Modalités : champs : prostate + gg

Effets secondaires : impuissance

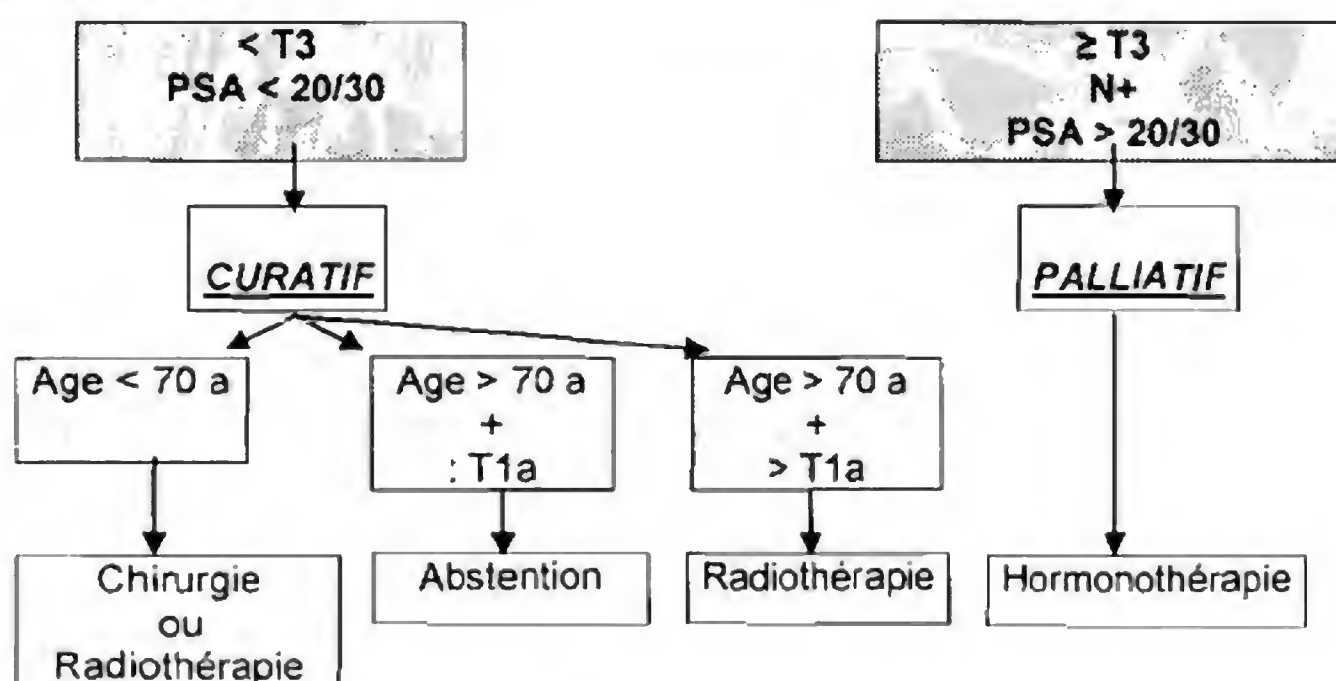
Hormonothérapie :

Modalités : traitement palliatif, agoniste de la LH-RH, anti-androgènes (limité à 1 mois) ; désobstruction

Effets secondaires : impuissance, effet flare up, échappement hormonal

Surveillance : PSA

I-INDICATIONS



T1a : Gleason < 5 et tumeur unifocale

T3 : effraction capsulaire

II-TYPES DE TRAITEMENT

	Modalités	Effets secondaires
Chirurgie	1-Curage obturateur bilatéral 2-Extemporane 3-si N- : -Prostatectomie radicale -Résection vésicules séminales 4-Anapath 5-Anastomose vésico-urétrale	-Impuissance -Incontinence -Sténose vésico-urétrale
Radiothérapie ext	1-Conformationnelle 2-Champs : prostate + gg 3-Autres caractéristiques : -Dose -Etalement -Fractionnement	-Impuissance -Incontinence -Rectite et cystite radique -Sclérose du col vésical
Hormonothérapie	1-Traitement palliatif 2-Castration par hormonothérapie : -Agoniste de la LH-RH : à vie -Anti-androgènes : 1 mois (pour éviter le flare up) 3-Mesures antalgiques : -Antalgiques -Rxthérapie os et biphosphonates si méta 4-Désobstruction par résection endoscopique	-Impuissance -Baisse de la libido -Féminisation -Effet flare up -Echappement hormonal

III-SURVEILLANCE

Clinique : SFU, TR

Paraclinique : PSA, NFS, VS, calcémie, ECBU

